

**T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**MESLEK SEÇİMİNDE ÖĞRENCİNİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE
FARKINDALIK**

**Dr. Veysel KARS
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN**

VAN-2012

TEŞEKKÜR

Bu araştırmayı yaparken bana çeşitli aıllardan destek olup yardımlarda bulunan kişilere teşekkür etmek istiyorum. En başta çalışmamın başından sonuna kadar emeği geçen, her konuda yardımcı olan, değerli önerileri ve katkılarıyla beni yönlendiren danışmanım Sayın Prof. Dr. Hüseyin Avni şAHİN' e teşekkürlerimi sunmak isterim.

Özellikle kadın doğum anabilimdalı hocalarım Prof. Dr. Hanım Güler şAHİN ve Doç. Dr.Recep Yıldızhan başta olmak üzere tüm klinik hocalarıma, İstatistiksel işlemlerde bana destek olan Yrd. Doç. Dr. Gürol ZIRHLIOĞLU'ya, tüm asistan arkadaşlarıma ve araştırmada veri toplamak için, anket, mülakat ve gözlem çalışmalarıma izin veren Van valiliği ve Van Mili Eğitim Müdürlüğüne, anketleri uyguladığım okullarda benden yardımlarını esirgemeyen okul idareci ve öğretmenlerine teşekkür ederim. Çalışmamın her aşamasında beni yüreklendiren çok sevdiğim aileme ayrıca teşekkürü bir borç bilirim.

KISALTMALAR

AHCRP	The Agency for Health Care Policy and Research
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Ark.	Arkadaşları
APA	American Psychiatric Association(Amerika Psikiyatri Birliği)
BAÖ	Beck anksiyete ölçeği
BDÖ	Beck depresyon ölçeği
CDI	Children Depression Inventory
Çev. Ed.	Çeviri Editörü
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth.
SPAQ	Seasonal Pattern Questionnaire
SSGI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SF	Sosyal Fobi
LYS	Lisans Yerleştirme Sınavı
MDB	Major Depresif Bozukluk
MAO	Monoamin oksidaz inhibitörleri
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
Örn.	Örneğin
PA	Panik Atak
PTSB	Post-travmatik Stres Bozukluğu
TSA	Trisiklik Antidepresan
TDK	Türk Dil kurumu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YGS	Yüksek öğretime geçiş sınavı

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ.....	5-9
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. MESLEK SEÇİMİ	10-16
2.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	16-29
2.3. DEPRESYON.....	29-35
2.4. TEDAVİ	
2.4.1. FARMAKOTERAPİ.....	35-37
2.4.2. BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TEDAVİ.....	37-45
3. YÖNTEM.....	46-48
4. BULGULAR.....	49-77
5. TARTIŞMA.....	78-89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90-92
7. ÖZET.....	93-96
8. EKLER	97-107
9. KAYNAKLAR	108-123

1. GİRİŞ

Uzun yıllar 'sağlıklılığın' değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar esas alınmıştır. Bu terimler fizyolojik veya ruhsal bir hasarın ya da işlev bozukluğunun yalnızca bireyin kendisinde nesnel olarak saptanan etkisini açıklamaya yöneliktir. Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklılığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkında lığı daha çok önem kazanmıştır (1).

İnsan, yaşamı boyunca çeşitli seçimler yapar. Mesleğini, yiyeceğini, giyeceğini, evini, eşini, arkadaşlarını vb. seçer. Meslek seçimi, insanın yaptığı bu seçimler arasında belki de en önemlisidir. Çünkü insan mesleğini seçerken bir bakıma gelecekteki yaşamını da belirlemektedir. Hatta meslek seçimi, bir kişinin kiminle evleneceğini, dünya görüşünü, günlük yaşam biçimini ve alışkanlıklarını belli bir biçime sokan etkilere de sahiptir. İnsan yaşamında böylesine çok yönlü etkileri olan bir uğraşı alanının seçimi günümüzde güçleşen bir olgu haline gelmiştir. Çünkü çağımızda teknoloji ve endüstri alanındaki değişme ve gelişmeler toplumlarda yeni iş gruplarının ve mesleklerin ortaya çıkmasına, bunlar ise iş ve meslek yaşamında seçeneklerin artmasına, karmaşıklaşmasına neden olmaktadır (2).

Genç erişkinlik dönemi 18 yaşlardan başlar ve 20-21 yaşlara kadar devam eder. Sona erme yaşı her birey için değişik olup toplumda yetişkin statüsü ile davranabilmek için gerekli işlevleri gerçekleştirmeye bağlıdır. Bu evrede gelişmesi beklenen özellikler kimlik gelişmesi, toplumda daha geniş ilişki kurulması, seksüel otonomi, meslek seçimi, gerçek yatkınlık, karşı cinsle paylaşılan sevgi ilişkisi, çalışma sorumluluğunun kazanılması gibi özelliklerdir. Bu özelliklerin kazanılması ile yetişkinlik dönemine geçilir (3).

Meslek seçimi aşaması, bireyin yaşantısına yön verdiği en önemli aşamalardan biridir. Bireyin mesleğini seçmesi çalışma biçimini dolayısıyla yaşam biçimini de seçmesi anlamına gelmektedir. Bireyler gençlik döneminde yetişkin rolünü benimseyerek seçim yapar ve sorumluluk yüklenmeye başlarlar (4).

Meslek seçimi, bireyin ilgi, yetenek, değer, beklenti ve kişilik özelliklerine uygun olarak seçildiğinde kişinin ruh sağlığını mesleki ve özel hayatını olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Aile hekimi normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturduğu bilinmektedir. Aile hekimi hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir, uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır (5).

Bu bağlamda Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir (5,6). Ergenlik döneminde karşılaşılan sağlık problemlerinin medikal olmaktan daha çok sosyal etkenlerle bağlantılı olduğu ve özellikle erken ergenlik dönemlerinde yapılacak sağlıkla ilgili girişimlerin mortalite ve morbidite oranlarında azalma yarattığı da gösterilmiştir. Tıbbi hastalığı olan çocuk ve/veya ergenin ve onun ailesinin ruhsal sağlığı çoğu zaman gözden kaçmaktadır. Ergenlerin herhangi bir problemle sağlık kurumlarına başvurmalarını beklemek yerine toplum yönelimli hizmet sistemleri ile onlarla buluşmak ve onların dile getirdiği şekliyle gereksinimlerine eğilmek öncelikli olmalıdır (yaşam alanları içinde yer alan rehberlik, danışmanlık, sosyal hizmet ya da sağlık hizmeti sunulan noktalar) (7).

Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda tanımlanan özelliklerini ile hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir. Aile hekimliği disiplini, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir (8,9).

Çağdaş sağlık hizmetleri kavramında erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından etkin aile hekimliği sağlık sisteminin bütününe etkiler (5). Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip aile hekimi erken tanıda avantaj sahibidir. Böylece hastayı pahalı ve zaman alan tanısız girişimlerden kurtarıırken, özellikle ülkemiz gibi kaynakları kısıtlı ülkelerde kaynakların optimum şekilde kullanılmasını sağlar. Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır (7,10).

Anksiyete tanımlaması zor bir korku ve endişe duygusu olduğu bilinmektedir. Bu duyguya vücutta bir takım duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de sık görülen belirtiler arasında sayılmaktadır (11).

Anksiyete bozuklukları, tüm dünyada ve Amerika Birleşik Devletlerinde en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, normal popülasyonda, psikiyatrik tedaviye başvuranlara göre anksiyete bozukluklarının fazla olmasının nedenini; bir "buzdağı etkisi" olarak açıklanmakta ve psikiyatrların sadece buzdağının üst kısmında kalan anksiyete bozukluklarını görebildiğini ifade etmektedirler (12).

Depresyon ise çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumuyla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlemlerde yavaşlama,

durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (13).

Bizim araştırmamızda cinsiyet, okul türü, anne-baba mesleği olup olmaması, anne baba eğitim durumu ailenin ekonomik düzeyi, ailenin türü, öğrencinin doğup büyüdüğü çevre, öğrencide ve ailesinde hastalık gibi faktörlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ele alınıp araştırıldı. Bu faktörlerin öğrencide kaygı oluşturup oluşturmadığı oluşturduysa lise son sınıf öğrencisinin hangi faktörlerden daha çok etkilendiği ayrıca oluşan kaygı ve kaygıya bağlı depresyon düzeyleri yorumlandı.

Mesleki seçimini etkileyen faktörlerin oldukça çoktur. Çalışmamızda meslek seçiminde öğrencinin, farkında lığı yeterli bilince sahip olup olmadığı, meslekleri yeterince tanıyıp tanımadıkları meslek seçiminde neye göre karar verdikleri, meslek seçimi konusunda herhangi bir rehberlik, seminer, panel vb gibi bilgilendirme alıp almadıkları araştırıldı. Ayrıca meslek seçiminde kaygı yaşayan öğrencinin anksiyete ve depresyon düzeyini beck anksiyete envanteri, beck depresyon envanteri ile tespit edildi. Bu çalışma ile Van bölgesinde lise son sınıfta okuyan öğrencilerin meslek seçimlerini etkileyen sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin neler olduğu ve bunların anksiyete depresyon düzeylerine etkisi de araştırıldı.

Bu çalışmamızla Sosyal yönüyle kişinin ve ailenin ruh sağlığını da yakından ilgilendiren meslek seçiminde öğrencinin yaşadığı sorunlar anksiyete ve depresyon başlığı çevresinde yorumlandı, fizyolojik belirtileri patolojik düzeyde olan bireylerde ilaç tedavisinden farklı olarak bilişsel ve davranışçı yaklaşımın birinci basamak hekimliğinde önemi ve uygulanabilirliği de ayrıca tartışıldı. Van Milli Eğitim Müdürlüğü nün görüşleri alındı. Bu doğrultuda çalışma planlandı. Çalışmamızın Eğitim araştırmaları açısından da önemli katkı sağlayacağını bilmesi aile hekimliğinin bütüncül ve biyopsikososyal yönünü de ortaya koydu.

Mesleki yönelimi etkileyen faktörlerin oldukça çok olduğu bir gerçektir. Bu araştırmada cinsiyet, okul türü, alan/bölüm, anne-baba mesleği, anne-babanın öğrenim durumu, ailenin ekonomik düzeyi, ailenin türü, öğrencinin doğup büyüdüğü çevre, ailenin istek ve baskısı, medya gibi değişkenler ele alınıp araştırıldı. Lise son sınıfta okuyan öğrencilerin meslek seçimlerinde sosyo – ekonomik ve kültürel faktörlerin, aldığı rehberlik eğitimi anne baba tutumları gibi faktörler ışığında kaygı oluşturan sorunlar göreceli olarak araştırıldı. Meslek seçimini etkileyen faktörlerin sayısız çeşidine rağmen temelde çevresel koşullardan aile, ailenin ekonomik ve eğitim düzeyi, öğrencinin doğup büyüdüğü yerleşim birimi, öğrencinin arkadaş çevresi, mesleğin getirdiği maddi kazanç, mesleğin ilgi ve yeteneklere uygun olması gibi etkenlerin belirleyici olduğu gözlemlendi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MESLEK SEÇİMİ

Meslek, insanlara yararlı mal ve hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli eğitimle kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünü olarak tanımlanabilir (14).

Meslek, Arapçadan dilimize geçen bir terim olup “bir kimsenin kendine temel çalışma alanı edindiği, geçimini sağlamak için yaptığı sürekli iş” olarak tanımlanmaktadır (15). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde de “meslek, tutulan yol, bir kimsenin geçimini sağlamak için yaptığı sürekli iş” şeklinde tanımlanmaktadır (16). Halk arasında iş ile meslek birbirine karıştırılır. Oysaki meslek (occupation) ve iş (job) birbirinden farklı kavramlardır. Meslek, belli bir tür alanda etkinlikte bulunabilme gücüdür. İş ise; belli bir işyerinde sürdürülen benzer etkinlikler grubudur. Bacanlı’ya göre bir kimsenin mesleği olabilir, ama işi olmayabilir. Bir işin olması da bireyin mesleği olduğu anlamına gelmez (17). Geniş anlamda iş; diğer insanlar için değer ifade eden bir şey üretme faaliyetidir. İş üretken bir faaliyettir ve sonucunda bir ürün ortaya çıkar. Bu ürün insanı simgeleyen somut bir sonuçtur (18). Yıldız Kuzgun’un ifadesi ile “meslek para kazanmanın ötesinde, kapasiteyi kullanma ve kendini (özünü) gerçekleştirme yoludur (19).

Bireyin tercih ettiği meslekler arasından birinde karar kılması ve buna hazırlamak için çaba göstermesi meslek seçimi olarak adlandırılabilir (20). Meslek seçimi bireylerin yaşamında son derece önemlidir. Birey bu tercihi yaparken belli bir çalışma ortamı ve yaşam biçimini de seçmiş olur (21). Meslek seçimi teknolojiye ilerlemiş toplumların sorunudur. Bugün insanın bir uğraşı alanı ya da bir meslek seçmesi, üzerinde önemle durulması gereken bir sorun olmuştur. Bu yalnız günümüzde insan anlayışının temeli olan seçme özgürlüğünden değil, aynı zamanda seçeneklerin çokluğundan ileri gelmektedir” (22). Örneğin “sanayileşmenin başlangıcı sayılan 1850 yılında İngiltere’de sadece 431 çeşit meslek olduğu

tespit edilebilmişken, aradan geçen sadece 70 yılın ardından (1920'ye gelindiğinde) bu sayı 20 bine, günümüzde yaklaşık 45 bine ulaşmıştır (23).

Meslek öncelikle, kişinin başlıca ve düzenli olarak yürüttüğü faaliyet alanıdır. Meslek tercihi, olumlu/istendik özellikleri olduğu düşünülen meslekleri, istenirlik derecesi bakımından sıraya koymaktır. Bir meslek ilgi ve yeteneklerine uygun oluşu nedeni ile kişiye çekici gelebildiği gibi, sağladığı toplumsal saygınlık ve kazanç gibi faktörler nedeni ile de çekici gelebilir. Yani kişi ya yapısına uygun olduğu için ya da kendisi için önemli kişilerce beğenilir olduğu için şu ya da bu mesleği tercih listesine alabilir (24). “Meslek seçimi, bireyin tercih ettiği yani girmek istediği meslekler arasından birinde karar kılması ve buna hazırlanmak için çaba göstermesi olarak adlandırılmaktadır” (24). Bir uğraşın meslek olarak kabul edilebilmesi için genel olarak aşağıdaki kriterlerin sağlanması gerekir.

1. Hobi ya da zevk için ara sıra yapılan uğraşlar meslek sayılmamaktadır.
2. Meslek, temel bir geçim şekli olarak ücret karşılığında yapılmalıdır.
3. Mesleklerin açık ve standart bir tanımı yapılmalı, sistematik bilgiye dayanmalıdır.
4. Mesleğin, kendine özgü özel bir eğitim uygulamasının olması ve kişisel beceriye dayanması gerekmektedir.
5. Mesleklerin, mesleğin amaçlarını, mesleği icra edenlerin kişisel amaçlarından daha üstün tutan bir mesleki davranış standartları olmalıdır.
6. Mesleklerin kendine özgü mesleki ilke ve kuralları, meslek ahlakı ve disiplini bulunmalıdır (24).

Reo'nun ortaya attığı gereksinim kuramına göre meslek seçimi, yaşamın erken dönemlerinde oluşan ihtiyaçlarla açıklanmaktadır. Ona göre sevilme ihtiyacı yeterince doyurulmamış veya koşula bağlanmış kimseler ilerde insanlarla etkileşimde bulunmayı gerektirmeyen mesleklere yönelirler (25). Meslek seçimi, gençler için yaşamlarındaki en önemli kararlardan birisi olmakla birlikte birçok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Bireyin bu karar sürecinde etkilendiği bir dizi değer yargısı, ilgi ve inançları söz konusudur. Mevcut bilgi birikimi, bireyin bu kararında mesleğe yönelik olarak duyduğu ilgi, sahip olduğu

değerler ve elde edeceği tatmin gibi faktörlerin yanı sıra kişisel özelliklerinin de etkili olduğunu göstermektedir (Tokar, Fisher ve Subich,1998). Öte yandan, sosyoekonomik durum ve aile etkisi gibi etmenlerde, ülkeler ve kültürler arasında farklılık göstermekle birlikte meslek seçiminde önemli rol oynamaktadır (Brown, 2002). Bir insan mesleğini seçmekle yaşam tarzı konusunda da seçim yapmış olur. Bunlar arasında kimlerle etkileşimde bulunacağı, ne giyip ne yiyeceğimizi, nerede yaşayacağı, evliliğimizi, kişinin çevresi ve bunun gibi sayabileceğimiz çok şeyimizi etkileyecektir. Birey meslek tercihini ifade ederken “ben şu ya da bu biçimde bir insanım” demektedir (26).

Seçilen bir meslek, bireyin;

- a) Hayatı boyunca devamlı bir iş sahibi olup olmamasını,
- b) Hayatında başarılı bir insan olup olmamasını,
- c) Devamlı ilişkide bulunacağı kimselerin ve arkadaşlarının çeşidini, hatta eş seçimini,
- d) Hayatı boyunca yaşayacağı çevrenin niteliklerini ve yerini
- e) Ailenin gelirini ve geçim tarzını,
- f) İşini hoşlanarak yapıp yapmamasını,
- g) Sorumluluk duygusu olan bir iş adamı olup olmamasını,
- h) Hayattan doyum sağlayıp, mutlu olup olmamasını belirleyecek derecede önemlidir (27).

Mesleki Rehberlik, bireyin kendini tanıma (yetenekleri, ilgileri v.b) ve çevresi (eğitim ve meslek olanakları) hakkında daha gerçeğe uygun bilgilere sahip olmasına ve bu iki alandaki bilgiyi değerlendirip doğru bir karara varmasına yardımcı olmak gibi hizmetlerden oluşur (28).

Meslek rehberliğine küçük yaşlardan itibaren ihtiyaç olacaktır. Bu yapılmadığı takdirde meslek seçme kararı çok gecikmiş ya da rastgele yapılmış olabilir. Üniversite sınıflarında bile hala meslek seçimini yapmamış olan öğrenciler vardır. Özellikle üniversite seçme ve yerleştirme sistemi iyi çalışmazsa, birçok öğrenciler arzu ettikleri, ilgi duydukları ve

eğilim gösterdikleri meslekler dışında fakültelerde okur durumda olabilirler (29). Birçok insan, seçmiş olduğu mesleğin getireceği hayat biçimini bilmediği veya iyi incelemeyeceği için başarısız, verimsiz ve mutsuz olmaktadır. Meslek seçmek hayat biçimini seçmektir (30).

Meslek seçimi aşaması, bireyin yaşantısına yön verdiği en önemli aşamalardan biridir. Bireyin mesleğini seçmesi çalışma biçimini dolayısıyla yaşam biçimini de seçmesi anlamına gelmektedir. Bireyler gençlik döneminde yetişkin rolünü benimseyerek seçim yapar ve sorumluluk yüklenmeye başlarlar (31). Her meslek için profesyonel kimliğin kazandırılması ise önemli görülmektedir. Profesyonel mesleki kimlik kazandırma öğrencilikte başlar (32). Bu nedenle eğitim sistemi profesyonel kimliğin gelişimini sağlamada önemli ve etkili bir rol oynamaktadır (33). Profesyonel bir mesleki kimliğin kazandırılmasında diğer önemli olan bir etken ise o mesleğin toplumda algılanan imajıdır. Farklı kültürlerden gelen öğrencilerin kariyer gereksinimlerinin de farklı olacağı unutulmamalıdır. Kariyer seçimi sürecinde öğrencilere eğitim desteği sağlanmasının önemini vurgulayan Yang ve arkadaşları (2002) bu süreçte kültürel özelliklerinde dikkate alınmasının altını çizmiştir.

Meslek seçimi öncesi ülkemizde Yüksek öğretime geçiş sınavı (YGS) ve Lisans yerleştirme sınavı (LYS) sınavları yapılmaktadır. Öğrenciler bu dönemlerde istediği meslek seçimini yapabilmek için sınav kaygısı yaşayabilirler. “Dershaneye gitmeden üniversite kazanılmaz yargısı”, son yıllarda istatistiksel verilerle desteklenip neredeyse kesin bir önermeye dönüşmüştür. Dört yıllık veya daha fazla devlet üniversitesini kazanan hemen her öğrenci bir şekilde dershaneye uğramıştır. Isparta’da yapılan bir çalışmada öğrencilerden sözel bölümü öğrencileri hariç dört yıllık fakülte kazananlarının hemen hepsinin bir dershaneye kayıtları bulunmaktadır. İşte bu durum üniversiteye hazırlık kursları diye bilinen yeni eğitimsel olguların ortaya çıkmasına ve yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Türkiye’de üniversite öncesi eğitim-öğretim süreci büyük ölçüde üniversite sınavlarına hazırlık çalışmalarını da kapsamaktadır (34).

Lise yılları gençlerin erişkinliğe geçiş yıllarıdır. Bu dönemde gençlerin ilişkilerinin çok hızlı değişim gösterdiği açıkça bilinmektedir. Üniversite sınavını kazandıktan sonra; onları bekleyen aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatı, tercih ettiği mesleği beğenememekten hayıflanma, tatminsizlik ve çalışma hayatı gibi birçok kaygıyla karşılaşabilir (31).

Goodtein'e göre kaygı, "gerçekte nötr bir uyarıcıya öğrenilmiş veya kazanılmış bir duygusal tepki" olarak tanımlanmaktadır. Goodtein, hatalı meslek seçimi davranışında, temeli kaygı olan iki neden ileri sürmektedir. Birinci neden, danışanların meslek planlarını formüle etme ve bunu gerçekleştirme konusunda gerekli olan bilgiyi edinmek için yeterli fırsat bulamamalarıdır. Bunun sonucunda, planlarını gerçekleştirme konusunda başarısız olmaktan kaynaklanan kaygı duyabilirler. İkinci neden, kaygının engelleyici etkileri nedeniyle fırsatları kullanamama veya gerekli bilgiyi toplayamamadır. Görüldüğü gibi danışanların uygun ve yeterli meslek seçimi tepkilerini verememelerinin nedeni fırsatların olmayışı değildir. Kimileri için meslek kararını verme kaygının aşırı düzeyde artmasına neden olabilir. Goodtein'e göre kaygının nedeni, gençlerin ebeveynlerinden bağımsız hale gelme ve onları hesaba katmadan kendi başlarına yaşamaya karar vermeleridir (34).

Mesleki rehberlik çalışmalarının genel amacı, öğrencinin ilgi, yetenek, değer, tutum, beklenti ve kişilik özelliklerine göre meslek seçmelerine yardımcı olmaktır. Meslek seçmek hayat biçimini seçmektir. Bir yüksek öğrenim programını seçerek "tercih Listesi"ni dolduran genç, gerçekte yaşayacağı hayat biçimini seçiyor demektir. Hoppock'a göre, bir kimsenin seçtiği meslek onun işinde başarılı olup olamayacağı yanında, ileride iş bulup bulamayacağını, nerede oturup kiminle evleneceğini ve kimlerle etkileşimde bulunacağını belirler ve ayrıca meslek, kişinin değer yargılarını dünya görüşünü, günlük yaşama tarzının ve alışkanlıklarını belli biçime sokan etkilere de sahiptir. Kişinin hayatına böylesine çok yönlü etkileri olan bir çalışma alanının seçilmesi, günümüzde giderek güçleşen ve karmaşıklaşan bir

olay hâline gelmiştir. Bunun en önemli nedeni, seçeneklerin çok artmış olmasıdır (35). Bu amaçla yapılan mesleki rehberlik çalışmalarında öğrencilerin mesleki olgunluk düzeylerinin ve mesleki olgunlukla ilişkili olduğu düşünülen çeşitli değişkenlerin göz önünde bulundurularak programlar hazırlanması ve uygulanması, meslek seçiminin daha etkili yapılmasına yardımcı olmaktadır (36). Aynı zamanda anne babaların meslekleri tanıma konularında bilgi düzeyleri artıkça daha olumlu tutumlar sergilemektedirler. Örneğin anne babalar mesleki gelişimine yardımcı olmak amacıyla çocuklarını meslekleri tanımaya yönlendirebilir, elde ettikleri bilgileri onlarla tartışabilir, onlarla ilgi duyduğu meslekler hakkında konuşabilir, çocuklarının yetenek ve ilgilerini fark etmeleri ve geliştirmeleri için değişik etkinlikler de bulunabilirler. Aynı zamanda anne babaların meslekleri tanıma konularında bilgi düzeyleri artıkça daha olumlu tutumlar sergilemektedirler. Bunun bir sonucu olarak da çocuklar daha az mesleki kararsızlık yaşamaktadır (37).

Öğrencilere meslekler hakkında kapsamlı bir bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme, kısa bir seminer ya da konferans biçiminde olmamalı ve ders kapsamında yıl boyu süren öğrenme etkinlikleri olarak düzenlenmelidir. Öğrenciler, temel eğitimdeki bu bilgilendirme sonucunda liselerde uygun bölümü seçmeli ve seçtikleri bölüm kendilerine uygun değilse değiştirebilmelidirler. Bölüm ya da meslek alanı seçerken, öğrenci adına öğretmen ya da anne-babanın değil, öğrencinin kendisinin karar vermesi ve bu kararın da bilgilendirmeye dayalı bir karar olması gerekir (38). Üniversitede öğrenci olmak ve üniversite yaşamı kaygı ve stres üretecek bir ortam niteliği taşımaktadır. Öğrenciler üniversite yaşamlarının başlamasıyla birlikte, bir süre sonra beklediklerini bulamama, düşündüklerini gerçekleştirememeye, yerleştirildikleri bölümü benimseyememe gibi sorunlarla karşı karşıya kalır (39).

Bir ideal sahibi olma normal bir durumda belli bir amaç sisteminin rehberliği altında gözlenen faaliyetlerde kendini gösterir. Patolojik durum ise kendini bir hedefe adama korkusu

olarak ortaya çıkar. Böylece hedef yokluğu kendine güvensizlikle ilişkili görülmekte buda psikolojik bir bozukluğun işareti sayılmaktadır. Araştırma bulguları meslek seçiminde sadece bilişsel bir süreç olmadığını göstermektedir. Meslekler konusunda bilgi vermenin de yeterli olmadığını göstermektedir. Her şeyden önce çatışmalarının farkında olmaları kendilerini daha gerçekçi gözle değerlendirip oldukları gibi kabul etmeleri için psikolojik danışma ve hatta psikoterapi almaları gerekmektedir. Rehberlik hizmetlerini birinci derece eğitim hizmeti olarak gören yazarlar danışmanların öncelikle öğrencilerin karar verme sorunlarına yardımcı olması görüşündedirler (2).

2.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.2.1. TANIM

Anksiyete tanımlaması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutta bir takım duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de sık görülen belirtilerdendir (74). Anksiyete başka bir tanımla açıkça ayırt edilebilir bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir emisyonudur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (40).

Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (41). Orta düzeyde stres ve kaygı, kişinin yaratıcılığını ve gelişmesini artırabilecekken, stres yoğun olduğunda, kaygı durumunun artmasıyla dikkat, yoğunlaşma ve öğrenme de azalmakta, yapılan işte yanlışlıklar yapma, insan ilişkilerinde bozulma, iş veriminde azalma gibi

durumlar görülebilmektedir (42). Ancak anksiyete ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir (43).

Anksiyete yaygınlığı ve bazı ruhsal hastalıklara yatkınlık yaratması nedeniyle önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (44). Anksiyete bozuklukları, tüm dünyada ve Amerika Birleşik Devletlerinde en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, normal popülasyonda, psikiyatrik tedaviye başvuranlara göre anksiyete bozukluklarının fazla olmasının nedenini; bir "buzdağı etkisi" olarak açıklanmakta ve psikiyatrların sadece buzdağının üst kısmında kalan anksiyete bozukluklarını görebildiğini ifade etmektedirler (45).

Anksiyete patogenezi henüz tam olarak açıklanamamış olsa da, bu alandaki çalışma sonuçları depresyon ve anksiyete bozukluklarında hem serotonerjik hem de noradrenerjik sistemlerde bozukluklar olduğunu göstermektedir. Serotonerjik işlevlerde azalma depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olurken, serotonin taşınmasında düzensizlikler anksiyete belirtilerinin oluşmasına neden olmaktadır (46).

Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi, kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici işlev de görebilir. Anksiyete, uyum sağlayıcı ruhsal gelişimi olumlu yönde de etkileyebilir. Bunun yanında engelleyici rolü de olabilir. Örneğin; sınavlar kişilerde anksiyete yaratır. Sınavı başarmak, bir engeli aşmak olumlu bir işlevdir. Ancak; sınavda donakalmak, bildiğini unutmak gibi durumlar yine anksiyetenin ketleyici işlevi sonucu ortaya çıkar. Kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış gibi açıklamalarıyla da tanımlayabileceğimiz anksiyete kavramının, nerede patolojik nerede normal bir duygu olduğu tartışmalıdır. Bu kavram tartışıldığı halde, anksiyete durumlarının süregenleşmesi, kişinin

verimini düşürmesi, kişilerarası ilişkilerde kopukluklara neden olması patolojik olarak değerlendirilir (38).

2.2.2. ANKSİYETE BOZUKLUĞU SINIFLANDIRILMASI

Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabının yenedengözen geçirilmiş dördüncü baskısı DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourth edition text revision)'ye göre anksiyete bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (39).

1. Yaygın anksiyete bozukluğu
2. Agorofobi ile birlikte panik bozukluk
3. Agorofobi olmadan panik bozukluk
4. Panik bozukluk öyküsü olmadan agorofobi
5. Özgül fobi
6. Sosyal fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)
7. Obsesif-kompulsif bozukluk
8. Travma sonrası stres bozukluğu
9. Akut stres bozukluğu
10. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
11. Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu
12. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (YAB)

Süregen bir bozukluk olan YAB'unun esas özelliği, bir takım olaylar ve faaliyetler ile ilişkin olarak hemen her gün görülen aşırı anksiyete, korku ve gergin bir bekleyiş olmasıdır. Bireyin denetleyemediği bu duruma ayrıca, huzursuzluk, heyecanlanmak, kolayca yorulmak,

dikkatini toparlayamamak, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bir takım belirtiler de eklenmiştir (47).

Birinci basamak hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığı ise %8 oranında olduğu bildirilmiştir (48). YAB, birinci basamakta en sık tanımlanan anksiyete bozukluğudur. Buna karşılık ruh sağlığı merkezlerinde YAB, diğer anksiyete bozuklukları ile karşılaştırıldığında daha düşük yaygınlık oranına sahiptir. YAB tanısı için gerekli ölçütleri karşılayan bireylerin büyük bir çoğunluğu, birinci basamak hizmetlerinden yararlanmak üzere başvurumaktadırlar. Bu bireyler özelleşmiş uzmanlık alanlarına pek sık başvuruda bulunmazlar. Bununla birlikte tanısız ölçütlerin zaman içerisinde çok değişmesine ve gerçekte var olandan daha az oranda tanı konulmasına karşın; eldeki veriler YAB' unun en sık karşılaşılan anksiyete bozukluklarından biri olduğunu göstermektedir (49).

YAB depresyona en fazla benzeyen anksiyete bozukluğudur. Hafif depresif belirtiler sık olarak anksiyete belirtilerine eşlik eder. Bazı bilim adamları bu tabloyu karışık anksiyete depresyon olarak ayrı bir tanı kategorisi biçiminde ele alma eğilimi göstermektedirler. Diğer bir yaklaşım da karışık anksiyete depresyon olgularının yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon için tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, eşik altı belirtiler veren, yoğun stres altında açık anksiyete veya depresyon gösteren olgular olarak tanımlama eğilimidir. YAB ve depresyon olgularında aile öyküsü kontrol grubuna göre daha fazla bulunmaktadır. Bu iki hastalığın birlikte olduğu olgularda aile öyküsü olasılığı daha da artmaktadır. Bu bilgi mutlaka sorgulanmalıdır (50).

DSM IV-TR 'ye göre YAB tanı ölçütleri

A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve kaygı duyma (endişeli beklentiler, evham).

B. Kişi, kaygısını kontrol etmeyi zor bulur.

C. Anksiyete ve kaygı, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca Hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur).

(1) Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe.

(2) Kolay yorulma.

(3) Düşüncelerini yoğunlaştırmada güçlük çekme ya da zihnin durmuş gibi olması.

(4) İrritabilite.

(5) Kas gerginliği.

(6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku).

D. Anksiyete ve kaygı odağı bir klinik bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir. Örneğin anksiyete ya da kaygı bir Panik atağı olacağı (Panik bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (Obsesif-Kompulsif bozuklukta olduğu gibi). Evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (Anoreksiya Nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi), ya da ciddi bir hastalığının olması (hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve travma sonrası stres bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı

değildir ve sadece bir Duygu durum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da yaygın bir Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır (51).

PANİK ATAK VE PANİK BOZUKLUK:

Panik bozukluğu kendiliğinden ortaya çıkan, beklenmedik panik atakların olması ile kendini gösterir. Panik ataklar, oldukça kısa süren, yoğun anksiyete ya da korku dönemleridir ve palpasyon, takipne gibi semptomlar buna eşlik eder. Panik atakları olan hastalar çoğu zaman pratisyen hekimlere ya da iç hastalıklar kliniğine başvurdıkları için bozukluğun semptomlarına sıklıkla ya ciddi tıbbi bir durum varmış gibi yanlış bir tanı konur (miyokart infarktüsü) ya da bunlar histerik semptom olarak görülür (52).

Bu kişiler genellikle, atağın çıktığı yerden kaçıp kurtulmak için büyük bir istek duyduklarını da söylerler. Yineleyen ataklardan sonra yoğun korkular yaşayabilir. Nefes darlığı sık karşılaşılan diğer bir semptomdur. Bir panik atağına özgü anksiyete, zaman zaman ortaya çıkması ve çok daha yoğun olmasıyla yaygın anksiyete den ayrıt edilebilir. Panik atak çeşitli anksiyete bozuklularında ortaya çıkabilir (panik bozukluğu, sosyal fobi özgül fobi, post-travmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu gibi) (53).

Panik atak DSM-IV'te sıralanan somatik ya da kognitif 13 semptomdan en az 4'ünün eşlik ettiği, yoğun bir korku ya da rahatsızlık duyma dönemi olarak tanımlanır.

DSM-IV-TR' ye göre panik atak tanı ölçütleri

A- Aşağıdaki semptomların en az dördünün birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

1- Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması

2- Terleme

- 3- Titreme ya da sarsılma
- 4- Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları
- 5- Soluğun kesilmesi
- 6- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7-Bulantı ya da karın ağrısı
- 8-Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş gibi ya da bayılacakmış gibi olma
- 9- Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalisasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- 10- Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11- Ölüm korkusu
- 12-Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları)
- 13-Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları (51).

Panik Bozukluğu depresyonla oldukça sık birlikte olan bir anksiyete bozukluğudur. Bunların gerek yatarak ya da ayaktan tedavi görenler, gerekse aramızda yaşayan insanlardaki birlikte bulunma prevalansının belirlenmesi birlikte bulduklarında hasta üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, hem akademik hem de klinik yönden gereklidir (54).

Agorofobi bir panik atağın ya da panik benzeri semptomların ortaya çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma ya da kaçınmadır. Agorofobi olmadan panik bozukluğu, yineleyen beklenmedik panik ataklar ile belirlidir ve panik atağın tekrar ortaya çıkacağı ile ilişkili olarak sürekli bir endişe yaşanır. Agorofobi ile birlikte panik bozukluğu hem yineleyen beklenmedik panik ataklar, hem de agorafobi ile birlikte (55).

DSM-IV-TR'ye göre agorafobi olmadan panik bozukluğu tanı ölçütleri

A- Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:

(1) Yineleyen beklenmedik panik atakları

(2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler;

i. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı,

ii. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma

iii. Takıntılarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B- Agorafobinin olmaması,

C- Madde kullanımını ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir,

D- Panik atakları sosyal fobi, özgül fobi, OKB, TSSB ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka mental bozukluklarla açıklanamaz olması gerekir.

Post Travmatik Stres Bozukluğu

Post travmatik Stress Bozukluğu (PTSB), Travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide hipervizilans, travmayı hatırlatan veya çağrıştıran uyaranlardan kaçınma ve kişinin travmatik olayı rüyalar ve “flashbeck”ler yoluyla yeniden deneyimle bulguları ile seyreden ve en az 1 ay boyunca süre gelen bir mental bozukluktur (56). Savaş, doğal afetler, saldırıya uğrama, cinsel saldırıya uğrama, işkence görme, trafik kazası ve kişinin bulunduğu binada yangın çıkması gibi olaylar bu tür travmalara örnek olarak verilebilir (57).

DSM-IV TR' ye göre PTSD tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir.

A- Kişi, aşağıdakiler den her ikisinin de bulunduğu travmatik bir olay yaşamıştır.

1) Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin ya da başka sının fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş, ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B- Travmatik olay aşağıdaki kriterlerden en az biri ile yinelenen biçimde yeniden yaşanır.

1) Düşünce, düşünme ve algıları da kapsayan, olayı yeniden yaşatan sıkıntı veren anılar.

2) Olayı sık sık, sıkıntı ve yeniden bir biçimde rüya da görme.

3) Travmatik olayı, sanki yeniden oluyormuş gibi hissetme ve buna uygun davranma (Uykudan uyanma ya da alkol ve madde etkisi altında iken ortaya çıkıyor olsa bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif “flash beak” episodlarını kapsar).

4) Travmatik olayı, herhangi bir yönü ile çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı yoğun psikolojik sıkıntı duyma.

5) Travmatik olayı, herhangi bir yönü ile çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojik tepki verme.

C-Aşağıdakilerden en az üçü ile belirli, travmayla ilgili uyarlardan kaçınma ve Post travmatik Stres Bozukluğu genel tepki düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

1) Travma ile ilgili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma

2) Travma ile ilgili anıları çağrıştıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden kaçınma

- 3) Travmanın önemli bir yönünü hatırla yamama.
- 4) Önemli etkinliklere katılım ve ilginin azalması.
- 5) İnsanlardan da uzaklaşma ya da onlara yabancılaştığı duygusu.
- 6) Duygulanım da kısıtlılık (sevgi duyma da güçlük çekme).
- 7) Bir geleceği kalmadığı duygusu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları, ya da olağan bir yaşam süreci olacağı beklentisi içerisinde olmama).

C- Aşağıdakilerden en az iki sinin bulunması ile belirli, artmış uyarılabilirlik belirtileri.

- 1) Uykuya dalma, ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.
- 2) İrritabilite ya da öfke patlamaları.
- 3) Konsantrasyon zorluğu.
- 4) Aşırı uyanıklık durumu (Hipervizilans).
- 5) Aşırı irkilme tepki verme.

D- Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki belirtiler) 1 ay veya daha uzun sürmektedir.

E- Bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da sosyal, mesleki ya da diğer alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açmalıdır.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif-Kompulsif bozukluk (OKB); istenmeden gelen, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, tekrarlayıcı türden düşünce, hayal ve dürtüler olarak tanımlanan obsesyonlar ve kişinin bu obsesyonlara tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı tekrarlayıcı davranışlar ya da

zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar ile belirli bir psikiyatrik rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000).

DSM-IV- TR'ye göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1). Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler dürtüler ya da düşlemler.

(2). Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3). Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4). Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır;

(1). Bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurutulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir, ancak bu

davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korutulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidisi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın bos harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir. Örneğin ; bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma, Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma, vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme, bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerine düşünüp durma gibi. Hipokondriazisin olası durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU (SOSYAL FOBİ)

Sosyal anksiyete, utanmaktan, küçük düşmekten, sosyal ortamlarda başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten yoğun şekilde korkma ve korkulan durumlardan kaçınma eğilimi ile tanımlanabilecek yaygın bir anksiyete bozukluğudur (APA,1994). Bugün, sosyal fobi (SF) olarak da adlandırılan sosyal anksiyetenin ergenlerde yaygınlığına ilişkin

yakın tarihlerde yapılmış çalışmalarda %5 - %15 arasında yaygınlık oranları bildirilmektedir (Heimberg, Stein, Hiripi ve Kessler, 2000). Ülkemizde yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında ise ilköğretim 4-8. sınıflara devam eden çocuk ve ergenler için SF yaygınlık oranı %3,9 olarak belirlenmiştir (58) Günümüzde yaygın olarak kullanılan DSM-IV (1994) tanı sınıflama sisteminde yer alan SF tanım ve kriterleri aşağıda verilmiştir.

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği bir durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).

Not: Çocuklarda tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen “panik atağı” biçimini alabilir.

Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.

C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bireysel eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da

eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Agorafobi ile Birlikte ya da Olmadan Panik Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi bozukluğu, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da şizoid Kişilik Bozukluğu)

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. Korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Sosyal anksiyetenin daha çok hangi durumlarda ortaya çıktığına ilişkin Holt, Heimberg, Hope ve Liebowitz (1992), dört kategoride sınıflanabilecek durumlardan söz etmişlerdir. Yazarlar, en fazla anksiyete yaratan durumların, bir toplantıda konuşma yapmak, dinleyicilere bir sunum yapmak gibi resmi konuşma ya da etkileşimler olduğunu bildirmişlerdir. İkinci kategori, partiye gitme, tanıdık olmayan kişilerle toplantıya katılma gibi resmi olmayan konuşma ve etkileşimleri içermektedir. Üçüncü kategori, itiraz etme, bir malı iade etme, ısrarcı satıcıların baskısına direnç gösterme gibi girişken etkileşimlerin gerektiği durumlardır. Dördüncüsü ise, başkalarının gözü önünde çalışmak, yazmak ya da yemek yemek gibi durumları kapsamaktadır.

2.3. DEPRESYON

Depresyon; çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumuyla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlemlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık,

duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (59). Depresyon yaşayan hasta birey kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda hasta hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir. Sonuçta hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (60,61).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 2020 yılında insanları en çok etkileyecek her on hastalıktan dördü ruhsal hastalıklar kategorisine girecek olup, depresyon ikinci sırada yer alacaktır. AHCRP (The Agency for Health Care Policy and Research) tedavi klavuzuna göre birinci basamakta Major Depresif Bozukluğun nokta prevalansı %4.8 ile %8.6 arasında bildirilmektedir. Tedavide dikkat gerektiren diğer depresyon grubu hastalıkların nokta prevalans ise %10'dur. Bazı çalışmalarda %22,6'ya varan yüksek prevalans değerleri de verilmiştir. Aslında depresyon birinci basamakta en sık rastlanan sorunlardan birisidir.

Depresyonun nedenleri arasında kalıtsal nedenler, biyokimyasal değişiklikler, hormonal bozukluklar, psiko-sosyal olaylar, sosyo-kültürel etkenler, bazı organik nedenler, tedavide kullanılan bazı ilâçlar, bazı hayat olaylarını sayabiliriz. Bundan da anlaşıldığı gibi depresyonun ortaya çıkmasında tek bir neden sorumlu tutulmamaktadır. Çocuğun ailesinde depresif olan bir kişinin varlığı, anne, baba veya sevilen bir kişinin kaybı, ailesel yükünlük, depresif kişilik özellikleri, eğitim düzeyinin düşüklüğü, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar gibi olaylar depresyona zemin hazırlamaktadır (62). Çocuğun ailesinde depresif olan bir kişi varsa çocuğun bundan etkilenme oranı %20–46 arasında değişmektedir (63).

Depresyon, dünyadaki ölümcül hastalıklar listesinde ilk üçe giren en etkili öldürücü olarak açıklanmaktadır. Bunun nedeni ise depresyonun, intihar gibi sonuçlarının olmasının yanında alkolizmden kalp rahatsızlığına kadar birçok kronik rahatsızlığın da en belirleyici faktörlerinden biri olmasıdır (64).

En fazla kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği' (APA) nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fourt Edition)' e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir.

1. Majör depresif bozukluk.
 2. Distimik bozukluk.
 3. Bipolar bozukluktaki depresyon.
 4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon.
 5. Depresyonlu uyum bozukluğu.
 6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.
- A- Premenstrüel disforik bozukluk.
- B- Minör depresif bozukluk.
- C- Yineleyen kısa depresif bozukluk.

Majör depresif bozukluk depresif bozukluk denilince ilk akla gelen bozukluk olmakla birlikte diğer alt gruplardan daha fazla araştırılmıştır. Majör depresif bozukluk bir ya da birden fazla majör depresif epizodla, yani en az iki hafta süren depresif duygu durum ya da ilgi kaybının yanı sıra aşağıda belirtilen depresyon semptomlarından en az beşinin bulunması ile belirlenmiştir.

A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması; en az birinin

(1) Depresif duygu durum ya da

(2) İlgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirimini ya da başkalarının gözlemlemesiyle belirli, hemen her gün, gün boyu süren depresif duygu durum (çocuk ve ergenlere irritabl duygu durum olabilir)

2. Hemen her gün gün boyu süren, tüm etkinliklerin ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama

3. Diyet yapmadığı halde önemli derece kilo değişikliği (azalma ya da artma), örneğin bir ayda vücut ağırlığının %' 5 inden fazlası kadar değişiklik; ya da iştahın azalmış veya artmış olması

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma

5. Hemen her gün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir)

8. Hemen her gün düşüncelerini bir yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık

9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi

B. Bu belirtiler karma bir epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmaktadır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin kaybından sonra ise, iki aydan daha uzun sürmekte ya da belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyon bulunmaktadır.

Ülkemizde yapılan saha araştırmalarında psikiyatrik düzeyde yardım gerektiren ruhsal bozukluklar arasında depresif tipte olanların en fazla olduğu saptanmıştır (65). Fiziksel hastalıklarda yorgunluk, uyku bozukluğu, kilo kaybı, suçluluk hissi, irritabilite gibi vejetatif bulgular ve somatik yakınmalar sıklıkla tanımlanmaktadır. Bu açıdan ağlama, ilgi kaybı, zevk alamama, ümitsizlik, ölüm düşüncesi, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, güvensizlik ve kararsızlık gibi duygulanım ve bilişsel bulgular, depresyonun tanınmasında daha geçerli ve

değerli sayılmalıdır (66). Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40'dır. Her iki bozukluğun bir arada bulunması kişilerde ortaya çıkabilecek güçlükleri daha da artırabilmektedir (67,40).

Orta düzeyde stres ve kaygı, öğrencilerin yaratıcılığını ve gelişmesini artırabilecekken, stres yoğun olduğunda, kaygı durumunun artmasıyla dikkat ve yoğunlaşma ve öğrenme de azalmakta, yapılan işte yanlışlıklar yapma, insan ilişkilerinde bozulma, iş veriminde azalma gibi durumlar görülebilmektedir (68)

Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansının %10 dolayında olduğu gözlenmiştir. Genel olarak depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansı %13-20 arasında değişmektedir (69). Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk kadınlar için % 10-25, erkekler için % 5-12 olarak bulunmuştur. Distimik bozukluk için bu oran yaklaşık % 6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak bulunmuştur. Majör depresif bozukluğun toplum örnekleminde nokta prevalansı erişkin kadınlarda % 5-9 arasında, erkeklerde %2-3 arasında değişmektedir (70).

Depresyonda, duygusal alanda, bilişsel ve vejetatif alanda olmak üzere üç alanda bozulma görüldüğü söylenebilir. Depresif duygu durum hastalar için olağan üzüntü duygusundan çok daha farklı nitelikte olmakta ve hastalar bu duyguyu "ıstırap veren duygusal bir ağrı" olarak tanımlamaktadırlar. Depresyondaki kişiler hiçbir şeyden zevk almadıklarından bahsetmektedirler. Bu hastaların genel olarak hem kendileri hem de dünya hakkında olumsuz düşünceleri bulunmaktadır. Umutsuzluk ve kişisel yetersizlik, kendilerini suçlayıcı ve kendilerini eleştirme yönünde duygu ve düşünceler mevcuttur. Fiziksel etkinliklerde azalma ve aşırı yorgunluk görülürken bazı zamanlarda bunun tam aksine yerinde

duramama ile kendini gösteren huzursuzluk hali de söz konusudur. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü olabildiği gibi çok az hastada aşırı uyku hali de görülebilir. Bunların yanında iştahın azalmasına bağlı kilo kayıpları da görülmektedir (70,71).

Depresyon ile bedensel duyuları büyütme arasında belirgin bir ilişki olduğu iddia edilmektedir. Sayar ve arkadaşları depresyonu olan hastalarda bedenselleştirme belirtilerini yordayan üç etken olarak; anksiyete, bedensel duyuları büyütme (sوماتosensoryal amplifikasyon) ve aleksitimiyi bildirmişlerdir. Depresyonla kişinin dikkati bedenine yönelir ve basit, sıradan duyular çok rahatsız edici biçimde algılanabilir (72,73). Depresyon ve bedenselleştirme alanındaki araştırmalarda Öfke ve öfke ifade biçimi, üstünde durulması gereken önemli konulardan biridir. Öfke, hafif bir sinirlilikten (irritasyon) nefret ve şiddete kadar değişebilen duygusal, bilişsel belirtilerin ve deneyimlerin davranışsal tarzı olan, olumsuz bir duygulanım olarak değerlendirilmektedir (74). Öfke ve bastırılmış düşmanlığı bedenselleştirme gelişiminde çok önemli bir etmen olarak tanımlamıştır. İfade etme şekline göre depresif bozukluktaki bedenselleştirmenin öfke dışı vurumuna, anksiyete bozukluklarındaki bedenselleştirmenin öfke bastırmasına bağlı gelişebileceği belirtilmektedir (74).

Depresif kişilerin tedavi aramalarının başlıca nedeni fiziksel belirtilerdir ve bu konuda emosyonel belirtilerden çok daha belirleyicidirler. Örneğin uluslararası araştırmalar birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresif kişilerin %69'unun yakınma olarak fiziksel belirtiler getirdiklerini ortaya çıkarmıştır (75). En sık karşılaşılan fiziksel belirti ise ağrıdır. Depresyon yaşayan kişilerin yaklaşık %50'sinde komorbid somatik ağrı belirtileri ve bunlara bağlı sıkıntılar bulunur (76).

Anksiyete bozukluklarında da ikincil olarak depresyon gelişmesi sıktır (77). Depresyon ile anksiyete belirtilerinin hastalık tablosu ve belirti düzeyinde birliktelik gösterdiği bir dizi bozukluktan söz edilebilir

1. Anksiyete bozukluğu ve eşlik eden depresif belirtiler
2. Depresyon ve eşlik eden anksiyete belirtileri
3. Anksiyete bozukluğu ve eşlik eden depresyon
4. Depresyon belirtilerine eşlik eden anksiyete belirtileri (78).

Anksiyete bozuklukları ve depresyon birlikte olduklarında işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri daha da artar. Schonfeld ve ark. (1997) bir araştırmalarında anksiyete ve depresif bozuklukların işlevsellik üzerine etkilerini araştırmışlardır. Bu araştırmacılar anksiyete ve depresyonun işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerinin bel ağrısı, artrit, diabet ve kalp hastalıkları kadar veya onlardan daha fazla olduğunu bulmuşlardır (79).

2.4. TEDAVİ:

2.4.1. FARMAKOTERAPİ

Farmakoterapinin kaçınma, inkâr ve duygusal tepkisizlikten çok depresyon, anksiyete ve aşırı uyarılma üzerinde etkili olduğu düşünölmektedir (80). Günümüzde tedavi edilmeyen depresyonun kronikleştiği, atak sayısının artmasıyla birlikte yıkımının da arttığı ve kişiye doğrudan ya da dolaylı yoldan zararlar verdiği bilinmektedir (Savrun, 1999). Anksiyete bozuklukları, yaygın olarak görölen ve önemli düzeyde işlev kaybına yol açan psikiyatrik bozukluklardır. Tedaviye rağmen birçok hastada semptomlar kalıcı olabilmektedir (81).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde altın standart olan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) ile birçok ilaç grubunun (trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri) etkili olduğu gösterilmiştir (82). SSGI'leri daha az yan etki profillerinin olması, kötüye kullanım, fizyolojik bağımlılık yapmamaları nedeniyle daha yaygın kullanılmaktadır ancak yaklaşık olarak %50-60 hastada etkilidirler

Benzodiazepinlerin hızlı etki başlangıcı bir üstünlük gibi görünse de uzun süreli kullanımda bağımlılık, kesilme, sedasyon gibi yan etkilerinin olması, anksiyetenin

psikofarmakolojisinde yeni alanları araştırmayı önemli kılmaktadır (82,83). Buspiron, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların %60-80'inde etkili olur. Buspiron, yaygın anksiyete bozukluğunun somatik semptomlarından çok kognitif semptomlar üzerinde etkilidir. Buspiron'un etkisinin görülebilmesi için 2-3 hafta geçmesi gerekir (84). Sosyal fobinin tedavisinde hem psikoterapi, hem de farmakoterapi kullanılır. Yaygın sosyal fobide mono amino oksidaz inhibitörleri, alprazolam ve serotonine özgü geri alım inhibitörleri kullanılabilir. Bu ilaçlar sosyal fobide de depresyon için kullanıldıkları dozlarda kullanılırlar ve burada da yanıt alabilmek için 4-6 haftalık bir sürenin geçmesi gerekir. Bir eylemin yerine Ügetirilmesi gerektiği durumlarda ortaya çıkan sosyal fobinin tedavisinde sıklıkla, adrenerjik reseptör antagonistleri kullanılır. En sık kullanılan iki ilaç atenolol ve propranololdür. Atenolol 50-100 mg günde bir kez ve propranolol ise 20-40 mg dozlarda günde 2-3 kez kullanılabilir (85).

OKB 'de Klomipramin, genellikle yatarken 25-50 mg verilerek başlanır, iki-üç günde bir 25 Mg arttırılarak üst doz sınır olan 250 mg. dek çıkılır. Klomipramin trisiklik bir ilaç olduğu için antikolinergik yan etkiler ortaya çıkabilir (86).

PTSB' da bir klinisyen hasta ile karşılaştığında onu desteklemeli, başından geçen olay tartışması için onu yüreklendirmeli ve çeşitli baş etme düzenekleri ile eğitim vermelidir (87). Sedatif ve hipnotik kullanımı da yararlı olabilir. Yapılan klinik çalışmalarda tedavide TSA olan imipramin ve amitriptirilin etkin olduğu gösterilmiştir. Bu ilaçlar depresif bozuklukların tedavisinde kullanıldıkları dozlarda kullanılırlar. Deneme süreleri en az iki hafta olmalıdır. Tedaviye yanıt alınan hastalarda farmakoterapi en az bir yıl sürdürülmelidir (88). Birçok serotonergik ajanın YAB'nun tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir. İmipramin ve trazodon serotonin geri alımını inhibe ederler ve YAB'nun tedavisinde etkili bulunmuşlardır (88). Erken döneme ait modeller serotonine anksiyolitik bir işlev atfederken,

çeşitli çalışmalardan serotoninin anksiyojenik olduğunu gösteren sonuçlar alınmıştır (89). Bu durum göz ardı edilmemelidir.

Anksiyete bozukluklarında standart tedavilere yanıt vermeyen hastalarda son yıllarda güçlendirme tedavisi ya da monoterapi olarak anti epileptik ilaçlar denenmektedir. Anksiyete bozukluklarında anti epileptik ilaçların kullanımı ile ilgili çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde ABD’de YAB için ruhsat alan pregabalin, en güçlü kanıtları sağlamaktadır (90,91).

OKB farmakoterapisinde ilk seçenek olarak kullanılan ve çeşitli çalışmalarda etkinlikleri gösterilmiş olan SSGI’ler: fluvoksamin, fluoksetin, sertralin, paroksetin ve sitalopram’dır. SSGI’ler obsesif kompulsif bozukluklu hastalarda en etkili birinci seçenek ilaçlar olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, bu grup hastaların % 40-60’lık kısmında belirgin obsesif kompulsif semptomlar direnç göstermekte ve tedaviye yeterli cevap vermemektedir (92).

2.4.2. BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TEDAVİ:

Literatürde bilissel ya da bilissel davranışçı terapilerin, bilisel süreçlere etkisi konusunda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Endişe, insana özgü yaygın bir yaşantıdır ve YAB 'unun en önemli özelliğidir (93). Başka bir Bilişsel-Davranışçı Kurama göre; YAB hastaları endişelenme hakkında bazı olumsuz inançlar ve değerlendirmeler geliştirirler. Olumsuz inançların özellikle iki şekli dikkat çekicidir:

- 1) Endişenin kontrol edilemeyebilirliği hakkındaki inançlar;
- 2) Endişelenmenin zihinsel, fiziksel ve sosyal tehlikeleri hakkındaki inançlar (94).

Orta şiddetteki anksiyete başlangıçta danışmanlık ile tedavi edilebilir. Hastalara kafein, nikotin gibi uyarıcıları bırakmaları ve haftanın belli günlerinde, olanaklı olduğunca sık katılabilecekleri egzersiz programları önerilebilir. Biyofeedback, progresif relaksasyon ve stres yönetimi gibi yöntemler bireysel ve grup oturumlarında, ailenin de katılımıyla

uygulanabilir. Hastanın sorun çözmeye yönelik becerilerinin geliştirilmesi ve hastanın sorunlarına farklı yaklaşımlar sağlanması çabalarında, aile bireyleri de sürece katılmalıdır. Bilişsel davranışçı tedavi de anksiyete yaratan düşüncelerle tekrar tekrar yüz yüze gelmeye ve bunları tanımlamaya yardımcı olabilir (95).

2.4.2.1. ANKSİYETİYİ AZALTAN TERAPİ STRATEJİLERİ

1. GEVŞEME EĞİTİMİ

Gevşeme eğitimi terapötik bir araç olarak gerilimi ve anksiyeteyi etkili bir şekilde azaltır. Tek başına kullanabildiği gibi, diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle birlikte ya da destekleyici veya içgörü tedavisine ek olarak da kullanılabilir. Bireysel ya da grup olarak çalışılabilir. Temel dayanak noktası anksiyete ile ilgili kas gerginliğidir. Eğer kaslar gevşetilebilirse, anksiyete azalacaktır. Gevşeme egzersizleri ile parasempatik sinir sisteminin etkinliğinin arttığı bir durumun yaratılacağı ve anksiyete anında uyarılmış olan sempatik sinir sisteminin etkinliklerinde de bir gerileme sağlanabileceği düşünülmektedir. Tüm gevşeme işlemleri ritmik solunum, kas gerginliğinde azalma ve bilinçlilik durumunda değişimi içerir. Klinik deneyimler, gevşeme deneyimi ile ilgili bireysel farklılıkların olduğunu ileri sürmektedir (96,97).

2. SİSTEMATİK DUYARSIZLAŞTIRMA

İlk olarak Wolpe tarafından tanımlanmıştır. Sistemik duyarsızlaştırma, özgül bir uyarana (örneğin uçak yolculuğu, yükseklik) ilişkili olarak kaçınma davranışını azaltmak için uygulanan bir teknik olup bireyi tehdit eden uyarana karşı oluşturulan yanıtı değiştirmek için kullanılır. Anksiyeteye neden olan durumun görüntüsünü canlandırma ile derin kas gevşemesinin kombinasyonundan oluşur. Bu teknikte hastaya önce gevşeme ve rahatlama öğretilir. Daha sonra bireyin anksiyete yaşadığı, korktuğu nesne ve durumları zihninde yaşatması istenir ve imgeleme sırasında ortaya çıkan anksiyete gevşeme ile söndürülür. Korku

ve anksiyete uyaranları hafiften şiddetliye doğru sıralanır, sürekli yinelemelerle anksiyete azalır ve söner (96, 97, 98).

3. ALIŞTIRMA

Hastanın bedensel olarak taşikardi, görme bulanıklığı, hızlı solunumla belirli katastrofik yorumlarına karşı hastayı duyarsızlaştırmak için kullanılan bir tekniktir. Hastanın anksiyetesini artıran özgül belirtilerin bir listesi yapılır. Hastanın belirtilere karşı duyarsızlaştırılabilmesi için, dereceli olarak artırılan ve yineleyen olaylarda, bu belirtilere neden olan şeyleri yapmaları istenir. Hastadan bir yere zıplaması, merdivenleri koşarak çıkması, sokağa yalnız çıkamayan hastadan giderek artan sürelerle sokağa yalnız başına çıkması, dairesel olarak dönme hareketini yapması istenebilir. Bu teknik özellikle agorafobisi olmayan fakat panik atağı yaşayan hastalar için uygundur (96,99).

4. VESTİBULAR DUYARSIZLAŞTIRMA

Çevresel nedenlerle ortaya çıkması kolaylaşan ve denge bozukluğu (vertigo, bulantı, çinlama, görme bozukluğu) belirtilerine benzer belirtiler yaratan, panik atağı olanlar için uygulanabilen bir alıştırma terapisisidir. Bu çevresel nedenler arasında ani pozisyon değişiklikleri, düz bir alanda hızlı yürüme, yokuşta araba kullanma gibi eylemler sayılabilir. Bu teknikte, bir duyarsızlaştırma hiyerarşisi içinde, denge bozukluğu belirtilerine neden olan etkinlikler yaratılır (Örneğin, yüzükoyun pozisyonda yatarken aniden ayağa kalkma, ani baş hareketleri yapma veya aniden durma ya da ileri gitmeler tarzında hareketler). Hastalara etrafta zarar verici nesne olmadan, geniş boş bir alanda tam daire şeklinde dönmeleri öğretilir. Bunu yaparken hastalar uyum sağlamak için seçilmiş bir nesneye gözleriyle odaklanırlar (96,100).

5. TEPKİ ÖNLEME

Anksiyete yaratan uyaranlar, yineleyici tarzda hastaya verilir, ortamdaki anksiyeteyi azaltan durumlar ise engellenir. Bu teknikte hastalar korkuları ile yüzleşmek için

cesaretlendirilir. Örneğin, genel tuvalet kullanma korkusu olan ve bunu azaltmak için ellerini bir günde 20'ye yakın kez yıkayan bir hastaya bu terapi tekniğinde, genel tuvaleti günlük kullanma planı yapılır ve açık olan bir muslukta ellerini 30 saniye yıkama izni verilir. Bu şekilde hasta kendisinde herhangi bir hastalık oluşmadığını göreceği için uyumsuz davranışları da azalabilecektir (96,100).

6. GÖZ HAREKETLERİ DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEMLEME

Göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (GHDYİ) uykusu anındaki doğal hızlı göz hareketlerine benzer, yineleyici ve özgül göz hareketlerini temel alan bir tekniktir. Bu tedavi tekniği, bireyin önceki travmatik yaşantıları sırasında, beyinde bir takım biyolojik bellek alanlarının oluştuğundan yola çıkar. Daha sonra ilgisiz gibi görülen olayların bile bu alanları uyararak anksiyete ve belki de depresyona yol açabildiği düşünülmektedir. Bu teknikte doktor veya psikiyatri hemşiresi, ellerini hastanın önünde ileri ve geri hareket ettirir, hasta doktorun ellerini izlerken geçmişteki travmatik yaşantılarını düşünmesi konusunda yönlendirilir. Bu yolla, nöral alanların yeniden programlandığı anksiyeteyi artıran yaşantılara karşı duyarlılığın azaldığı varsayılır. GHDYİ anksiyete, stres, fobi, yineleyen kabuslar, madde bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğunda kullanılabilir. Bu tekniği güvenli ve başarılı uygulayabilmek için özel eğitim ve kontrollü yapılan uygulamalar gereklidir (96,100).

2.4.2.2. BİLİŞSEL YENİDEN YAPILANDIRMA STRATEJİLERİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ İZLEME

Bilişsel değişiklikler, hastaların işlevsel olmayan düşünce ve uyumsuz davranışlarını sürdürmesine neden olan durumların tanımlanmasıyla başlar. Hastalar için önemli olan ilk basamak, kendi düşünce ve duygularını izleme konusunda dikkatli olmalarıdır. Hastalar bunu yaparken işlevsel olmayan düşünceler için günlük kayıt formu kullanabilirler. Bu formda hastaların bilgilerini yazabilecekleri beş sütun bulunur. İlk sütunda, hasta durumunu ya da olayın ne olduğunu tanımlar ve kaydeder. İkinci sütuna bu durumla ilgili özgül duygular ve

duygunun derecesi kaydedilir. Üçüncü sütunda duruma verilen yanıtlardaki otomatik düşünceler ve her birinin etki oranları kaydedilir. Sonraki basamakta hasta daha gerçekçi yanıtlar vermek için cesaretlendirilir ve bu yanıtlar da hasta tarafından dördüncü sütuna kaydedilir. Son sütunda ise, hasta otomatik düşünceleri ve sonraki düşüncelerine ilişkin inanç oranlarını yeniden değerlendirir ve kaydeder. Böylece hastalar bu formu kullanarak duygu ve düşünceleri arasındaki farklılıkları öğrenirler ve problemlere karşı daha uyuma dönük yanıtlar oluştururlar (96,100).

1. KANIT SORGULAMA

Kanıt sorgulama, belli bir inancı desteklemede kullanılan kanıtı sınamaktır. Kanıt sorgulama, verilerin kaynağını sorgulamacıda içerir. Bilişsel çarpıtması olan hastalar çoğu zaman tüm veri kaynaklarına eşit ağırlık verir ya da çarpık düşüncelerini destekleyenlerin dışındakileri önemsemez, ihmal eder. Hastalara onların iş yerleri, aile ve sosyal yaşamlarındaki diğer kişilerle ilgili sorular sorulması, yanlış bilgilenmeyi açıklamaya yardımcı olabilir. Sonuç olarak hasta kanıtlar hakkında daha gerçekçi ve uygun yorumlar yapabilir (96,100).

2. SEÇENEKLERİ SORGULAMA

Birey herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman, tüm seçeneklerini kaybettiğine ve hiç gücünün kalmadığına inandığı düşünce şekli, özkıyımaya yatkın hastalar için özel bir kanıt olabilir. Seçenekleri sorgulama, hastaların baş etme kaynakları ve güçlerine dayalı olarak ek seçenekleri üretmeyi, bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine yardım etmeyi içerir (96,100).

3. FELAKETSİZLEŞTİRME

Bu teknik ayrıca “olsa ne olur?” tekniği olarak da adlandırılır. Hastaların onları tehlikeye sokacak ya da felakete sürükleyecek olduğunu düşündükleri katastrofik durumla baş etme becerilerini geliştirmeyi ve onlara yardımcı olmayı içerir. Hemşire hastaya şu soruları

sorabilir: ‘Olabilecek en kötü şey nedir?’ ‘Bu olay gerçekten olursa, bu çok mu korkunç olur?’ ‘Diğer insanlar böyle bir olayla nasıl baş ederler?’ Bu tekniğin hedefi, hastaların yaşamdaki eylemlerinin sonuçlarının genelde ‘hep veya hiç’ olmadığını görmelerine yardımcı olmayı sağlayarak daha az yıkım yaratılmasıdır (96,100).

4. YENİDEN DÜZENLEME/ÇERÇEVELEME

Yeniden düzenleme, hastaların olayları ya da davranışları algılamalarını değiştiren bir stratejidir. Bu yöntemde problemin diğer yönlerine odaklanılır ya da hasta olayları farklı açılardan algılama konusunda cesaretlendirilir. Belli bir davranış veya inancın sürdürülmesinde avantaj ve dezavantajları değerlendirebilmek, olumlu ve olumsuz sonuçları kavrayabilmek, hastaların düşünceye inanışları ile ilgili denge kazanabilmelerine yeni bakış açıları geliştirmeleri konusunda onlara yardımcı olabilir. Örneğin, işini kaybetme stres unsuru olarak algılanabilir, fakat aynı zamanda yeni bir iş ve kariyer kazanmak açısından şans olarak da algılanabilir. Bu teknik problem veya davranışların anlamıyla mücadele şansı da yaratmaktadır. Davranışın anlamı değiştiğinde kişinin yanıtı da değişecektir. Bu teknik, hastanın zorluklara olumlu bakabilme becerisini kazanmasında yardımcı olabilir (96,100).

5. DÜŞÜNCEYİ DURDURMA

İşlevsel olmayan düşünceler, çoğu kez hasta üzerinde kartopu etkisi yapar. Küçük veya önemsiz gibi başlayan şey, zaman içinde önem kazanıp büyüyerek bireyi rahatsız edebilir. Bu teknik en iyi şekilde, işlevsel olmayan düşüncelerin başladığı ilk anda kullanılır. Hasta ‘DUR’ işaretini resmederek, susan bir zil hayal ederek veya tuğladan duvar planlayarak işlevsel olmayan düşüncelerin akışını durdurabilir. Hasta önce problem yaratan düşünceyi belirler ve problemi gördüğü şekilde tanımlar. Doktor veya hemşire yüksek sesle ‘Dur’ diyerek hastanın düşüncelerini durdurur. Böylece, hasta bu şekildeki düşüncelerini benzer yolla engellemeyi öğrenir. Bu teknikte hasta ‘Dur’ u duyulmayan bir ibareye veya görüntüye

dönüştürmekte ve günlük yaşamında bu tekniği rahatlıkla kullanmayı öğrenmektedir (96, 168, 100).

2.4.2.3. YENİ DAVRANIŞ ÖĞRENME STRATEJİLERİ MODELLEME

1. MODELLEME

Yeni davranış kalıplarının düzenlenmesinde kullanılan bir tekniktir. Bandura'ya göre, insanlar birçok davranışı başkalarını gözleyerek ve taklit ederek öğrenir. Bu teknikte hasta, kontrollü bir çevrede davranışı modelleyen kişiyi gözler. Daha sonra hasta bu modelin davranışını taklit eder. Katılımcı modelde, hasta tek başına uygulamadan önce, davranışı modelleyen kişi ve hasta, davranışı birlikte uygularlar. Tedavinin etkili olabilmesi için, bu tedavide seçilen modelin güvenilir olması önemlidir. Örneğin, köpekten korkan çocukların, köpekten korkmayan diğer çocukların köpeklerle oynayıp seyrederek korkularından kurtulduğu gözlenmiştir (96, 97,105).

2. BİÇİMLENDİRME

Biçimlendirme tekniği istenilen davranışların gerçekleştirilmesi için, yeni davranışların adım adım pekiştirilerek öğretilmesidir. Arzu edilen davranış elde edilene kadar her başarılı yaklaşım desteklenir. Tekniğin etkili kullanımı, hemşirenin bireyi dikkatli gözlemlemesini, beklemesini ve desteklemesini gerektirir. Agresif bir çocuğun akranıyla uyumlu şekilde oynadığını gören hemşirenin, bu davranışından dolayı çocuğu övmesi biçimlendirme tekniğine örnek olarak verilebilir (96,97).

3. MARKAYLA ÖDÜLLENDİRME

Markayla ödüllendirme, çoğunlukla çocuk gruplarına ya da klinikte psikiyatri hastalarına uygulanabilen bir tekniktir ve motivasyonu artırır. İstenen davranışları yapan çocuklar/hastalar marka, para veya puanlama gibi değişik yollarla ödüllendirilir. Hedeflenen davranışlar, hastanın giysilerini temiz tutması, çocuğun okuluna devam etmesi veya çocuğun başka şeylere zarar vermeden öfkeli olduğu konuları sözel olarak belirtebilme becerisini içerir.

Bu teknikte, çocuk/hasta uygunsuz davranış yaptığında puan veya marka kaybeder. Puanların kullanılmasıyla çocuklara/hastalara periyodik olarak boş zaman, dışarı çıkmasına izin verme, oyunlar, şekersiz sakız gibi ödüllendirmeler yapılmaktadır (96,97).

4. ROL OYNAMA

Bu teknik, hastaların onlar için problem ya da güçlük yaratan durumları oynayarak prova yapmalarını ve davranışları hakkında bilgi edinmelerini sağlar, sonuçları inceleme ve karar vermede ise deneyim kazandırır. Bu teknikte rol tersine çevrilebilir, hasta başka bir kimseyle rol değiştirebilir ve böylece diğer bir bakış açısıyla zor durumu yaşar ve kavrar (96,101).

5. SOSYAL BECERİ EĞİTİMİ

Sosyal beceri eğitimi üzerinde ağırlıklı olarak duran programlarda ve ilk çalışmalarda zamanla kendine yönerge verme, düşünce hatalarını bulma ve düzeltme gibi bilişsel teknikler önemli bir bileşen haline gelmiştir (102, 103, 104). Sosyal problemler birçok psikiyatri hastasında görülür. Sosyal beceri eğitimi, becerilerin öğrenilebildiği ve bu nedenle buna sahip olmayanlara öğretilebileceği inancına dayanmaktadır. Psikiyatri rehabilitasyon programlarında mutlaka yer alan bu eğitimde rehberlik, demonstrasyon, uygulama, geri bildirim gibi yöntemler kullanılır. Dört aşamalı olan sosyal beceri eğitiminde önce öğrenilecek yeni davranış tanımlanır, sonra rehberlik ve demonstrasyonla yeni davranış öğretilir, daha sonra geribildirim vererek yeni davranışın uygulaması yaptırılır ve yeni davranış doğal çevreye uyarlanır. Bu eğitimde sıklıkla öğrenilen davranış tipleri soru sorabilmek, iltifat edebilmek,olumlu değişiklikler yapabilmek, göz ilişkisini sürdürebilmek, özel davranış değişiklikleri için başkalarıyla konuşabilmek, net bir ses tonunda konuşabilmek, konuşurken aşırı kıpırdanmaktan ve özeleştirmeden kaçınmaktır. Bu teknik sosyal beceri eksikliği olan kronik şizofreni hastalarında, davranışını kontrol edemeyen öfkeli hastalarda kullanılmaktadır (96, 98, 100).

6. İTİCİ UYARICILARA KOŞULLAMA TERAPİSİ (AVERSİF TERAPİ):

İtici uyarıcılara koşullama terapisi, hastanın sık yaptığı ancak yapmak istemediği uygunsuz davranışlarını azaltmasına yardım eder. Bu teknikte hastaya uygunsuz davranışı gerçekleştirdiğinde hoş gitmeyen itici bir uyaran verilir. Hastaların yaşamak istemedikleri olayların olumsuz, hoş olmayan sonuçlarını düşünmeleri de itici uyarıcılara koşullama terapisisidir. Örneğin, hasta aşırı yemek yemenin kötü sonuçlarını hayal eder ve aşırı yeme davranışını cezalandıracak bir tutum sağlayarak kontrol kazanır (96,97).

7. OLASILIKLI ANLAŞMA:

İstenen davranışlar için olumlu sonuçları, istenmeyenler için olumsuz sonuçları içerir. Hasta ve doktor arasında, değiştirilmesi gereken davranışların ve bu davranışların olası sonuçlarının neler olduğunu tanımlayan resmi bir anlaşmadır (96).

3. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 2010–2011 öğretim yılında Van da öğrenim gören gönüllü lise son sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Evrenin ulaşılabilir olması ve çalışma yapmaya olanak verecek büyüklükte ve yeterlikte olması nedeniyle, bütün evrene ulaşılması hedeflendi. Meslek seçiminde bulunacak ve üniversiteye giriş sınavına girecek öğrenciler çalışmaya dâhil edildi. Anketlerin doldurulmasında katılımcıların gönüllülüğü esas alındı. Araştırmanın yapılacağı okullar tesadüfi olarak seçildi. Araştırmamıza katılan öğrenciler düz, meslek ve Anadolu liselerinde öğrenim görenler olarak üç gruba ayrıldı. Araştırmamıza Meslek seçiminde bulunacak gönüllü 421 öğrenci katıldı. Toplam 9 öğrencinin doldurduğu anketler verilerin yeterli olmaması nedeniyle iptal edildi. Çalışmamızda 412 (% 97,8) öğrenci ile ilgili veriler değerlendirmeye alındı.

3.2. Veri Toplama Aracı: Araştırmamıza katılan öğrencilere; sosyo demografik Bilgi ve Görüşme Formu, meslek seçimi ve farkındalık ile ilgili sorular, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) olmak üzere dört bölümden oluşan anket uygulandı.

3.2.1. Demografik Bilgi ve Görüşme Formu: Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu bu form, Kendi araştırmamızın hedefleri göz önünde tutularak konu ile ilgili literatürler ışığında araştırmacılar tarafından hazırlandı (Ek- 1).

3.2.2. Meslek seçimi ile ilgili sorular: Anket formu hazırlanmadan önce bizzat araştırmacı tarafından ilgili literatürler taranarak hazırlandı. Kendi araştırmamızın hedefleri göz önünde tutularak daha önce yapılmış bilgi formlarındaki sorular değiştirilip güncelleştirildi. Yeni sorular eklendi (Ek- 2).

3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini

değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (106).

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (107).

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilen anketler kullanıldı. Anketler öncelikle her bir okul türünde (Anadolu, düz ve meslek liseleri) 10'ar kişilik gruplarda uygulandı; anlaşılabilir olması ve kolay cevaplanabilir olmasına dikkat edildi. Anlaşılmayan, belirsiz olan ifadeler anlaşılır yapıya kavuşturuldu. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anketlere son şekli verildi. Anket, sonuç olarak dört bölümden oluşturuldu. Birinci bölüm sosyo demografik değişkenlere ilişkin sorular; ikinci bölüm öğrencilerin de meslek seçimi ile ilgili farkındalık ve meslek seçiminde etkili olan faktörler, üçüncü bölümde Beck depresyon ölçeği (BDÖ), dördüncü bölüm ise Beck anksiyete ölçeğinden (BAÖ) oluşturuldu. Sosyo demografik veri formu ve meslek seçimi ile ilgili sorunların varlığını sorgulayan anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. BAÖ ve BDÖ hakkında bilgilendirme yapıldı. Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri bizzat katılımcı tarafından dolduruldu. Katılımcılardan ölçekte yer alan her bir ifade için "hiç", "hafif", "orta" ya da "şiddetli" seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlemeleri istendi.

Okul idarecileri ile görüşüldükten ve izin alındıktan sonra isteyen katılımcılara anketler uygulandı. Katılımcılar öğrenim gördükleri okul türü ve diğer sosyo demografik özelliklerine göre sınıflandırıldı. Sorulan sorulara verilen cevaplar tamamen gizli tutuldu.

3.2.5. Verilerin Analizi

İstatistiksel değerlendirmeler için (Statistical Package for Social Science) (SPSS 13) statiksel yazılım programı kullanıldı. Gruplar karşılaştırılırken kategorik değişkenler için ki kare, sürekli değişkenler için iki gurubun karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında varyans analiz, nominal eşit dağılım için ise levenal test uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenmesi amacı ile Pearson korelasyon analizi yapıldı. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı % olarak gösterildi. Sürekli değişkenler için kategorik değişkenlere göre (çeşitli demografik özellikler) fark olup olmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (one-way anova) yapıldı. Öğrencilerin Beck ölçeğinden aldıkları anksiyete ve depresyon toplam puanları öncelikle kesme noktası (eşik) altı (BAÖ ve BDÖ <17) ve eşik üstü (BAÖ ve BDÖ >17) olmak üzere ikiye ayrıldı. Daha sonra öğrencilerin anksiyete ve depresyon açısından eşik üstünde olanlar hafif, orta ve ağır şeklinde üç gruba ayrıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerin 108'inin (%26,2) kız olduğu, 304'ünün (%73,8) erkek olduğu tespit edildi. Çalışmamıza katılan öğrencilerin 87'si (% 21,1) genel lise 98'i (%23,8) meslek lisesi ve 227'si (%55,1) ise Anadolu veya fen lisesinde öğrenim görmekte olduğu tespit edildi.

Tablo 1. Öğrencilerin okul türüne göre dağılımı

Okul türü	Sayı	Yüzde
Genel lise	87	21,1
Meslek lisesi	98	23,8
Anadolu veya Fen Lisesi	227	55,1
Toplam	412	100

Katılımcıların aile yapısı incelendiğinde çekirdek aile yapısında, 265 (%64,3) katılımcı olduğu tespit edildi. Katılımcıların 18'inin (%4,4) parçalı aile yapısında, 129'unun (%31,3) ise geniş aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Tablo 2. Aile yapılarına göre katılımcıların dağılımı

Aile yapısı	Sayı (N)	Yüzde(%)
Çekirdek	265	64,3
Parçalı	18	4,4
Geniş	129	31,3

Ailesinin gelir düzeyi düşük olan kız öğrencilerin sayısı 25 (%23,1) iken erkek öğrencilerin sayısı 52 (%40,5) olarak saptandı. Ailesinin gelir düzeyi yüksek olan kız öğrencilerin sayısı 30 (%48,2) iken erkek öğrencilerin sayısı 33 (%24,7) olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analizde cinsiyet ile gelir durumu dağılımında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$).

Tablo 3. Cinsiyet ile gelir düzeyi arasındaki ilişki

Ailenin Gelir Düzeyi (TL: Türk lirası)	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Düşük (1000 TL'den az)	25(%23,1)	123(%40,5)	148(%35,9)
Orta (1000 TL-2000 TL)	31(%28,7)	106(%57,8)	137(%33,3)
Yüksek (2000 TL'den çok)	30(%48,2)	33(%24,7)	63(%30,8)

* $p<0,001$

Çalışmamıza katılan 412 öğrencinin 181'inin (%43,9) anne sinin okuma yazması yokken, 113'ü (%27,4) ilkokul, 48'i (%11,7) Ortaokul mezunu,49'u (%11,9) Lise mezunu ve 21'i (%5,1) üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Kızların 29 'unun (%26,8) erkeklerin ise 152'sinin (%50) annelerinin okuryazar olmadığı tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

Tablo 4. Cinsiyet ile anne eğitim durumu ilişkisi

Anne Eğitim Durumu	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Okuryazar değil	29(%26,8)	152(%50)	181(%43,9)
İlköğretim (ilkokul) Mezunu	37(%34,3)	76(%25)	113 (%27,4)
İlköğretim (Ortaokul) Mezunu	14(%13)	34(%11,2)	48(%11,7)
Orta öğretim(Lise) Mezunu	16(%14,8)	33(%10,8)	49(%11,9)
Üniversite Mezunu	12(%11,1)	9(%3)	21(%5,1)
Toplam	108(%100)	304(%100)	412(%100)

* $p<0,001$

Çalışmamıza katılan 412 katılımcının 75'inin (%18,2) baba sınıf okuma yazması yokken, (%25) 103'ü ilköğretim, (%16,3) 67'si ortaöğretim mezunu, (%20,6) 85'i lise mezunu ve (%19,9) 82'isi üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

Tablo 5. Cinsiyete göre lise son sınıf öğrencilerinin baba eğitim durumlarının dağılımı

Baba Eğitim Durumu	Cinsiyet*		Toplam
	Kız	Erkek	
Okuryazar değil	9 (%12)	66(%88)	75(%18,2)
İlköğretim mezunu	22(%21,3)	81(%78,7)	103(%25)
Ortaöğretim mezunu	15(%22,4)	52(%77,6)	67(%16,3)
Lise mezunu	28(%34,1)	57(%65,9)	85(%20,6)
Üniversite mezunu	34(%41,5)	48(%58,5)	82(%19,9)

* $p<0,001$

Çalışmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerin cinsiyetle baba mesleklerin olup olmadığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; katılımcıların147'sinin (% 35,7) babasının mesleği olmadığı görüldü. Kızların 31'inin (%28,7) erkeklerin ise 116'sının (%28,1) baba mesleği olmadığı tespit edildi ($p=0,078$).

Tablo 6. Cinsiyete göre lise son sınıf öğrencilerinin baba mesleği ilişkisi

Baba Mesleği*	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Yok	31 (%28,7)	116 (%28,1)	147 (%35,7)
Var	77 (%71,3)	188 (%61,9)	265 (%64,3)

*p=0,078

Katılımcıların 384'ünün (% 93,2) anne mesleği olmadığı görüldü. Kızların 102' sinin (%94,5),erkeklerin 282'sinin (%68,2) anne mesleği olmadığı tespit edildi. Lise son sınıf öğrencilerinin anne mesleği olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,555).

Tablo 7. Lise son sınıf öğrencilerinin cinsiyete göre anne mesleği dağılımı

Anne Mesleği *	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Yok	102 (%94,5)	282 (%92,8)	384 (%93,2)
Var	6 (%5,5)	22 (%7,2)	28 (%6,2)

*p=0,555

Araştırmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerinin gelecekle ilgili beklentileri sorulduğunda 50 (%12,1) öğrenci 'gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor' şeklinde cevap verdiği saptandı. Öğrencilerin 75'i (%18,2) 'Karamsarım' şeklinde cevaplarırken 259'u (%62,9) ise 'Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim' ve 28 (%4,8) öğrenci 'gelecek hakkında beklentim yok' olarak cevap verdiği bulgulanmıştır. Gelecek hakkında umutsuz olan öğrencilerin 16'sı (%14,8) erkek 34'ü (%11,2) ise kızdır. Gelecekle ilgili beklentileri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,579).

Tablo 8. Lise son sınıf öğrencilerinin gelecekle ilgili beklentileri

Cinsiyet	Gelecekle İlgili Beklentiler*			
	Gelecek için karamsar ve umutsuz değilim	Gelecek için Karamsarım	Gelecek için Beklentim yok	Gelecek için Umutsuzum
Kız	66 (%61,1)	20 (%18,5)	6 (%5,6)	16 (%14,8)
Erkek	193 (%63,5)	55 (%18,1)	22 (%7,2)	34 (%11,2)
Toplam	259 (%62,9)	75 (%18,2)	28 (%4,8)	50 (%12,1)

*p=0,579

Araştırmamıza katılan öğrencilerin Nominal eşit dağılım için yapılan levenal test'e göre anksiyete toplam puanların eşit dağılım gösterdiği tespit edildi. Anksiyete toplam puanları ile depresyon toplam puan için person korelasyon analizi yapıldığında her iki değer arasında anlamlı ilişki saptandı ($r=0,509$, $p < 0,001$).

Araştırmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerin anksiyete toplam puan karşılaştırmasında kızların anksiyete toplam puanı $17,3 \pm 13,3$ (\pm standart sapma) olduğu erkeklerin $14,7 \pm 13,4$ olduğu tespit edildi. Kız ve erkek öğrenciler arasında Anksiyete toplamı bakımından farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,085$).

Araştırmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerin depresyon toplam puan karşılaştırmasında kızların depresyon toplam puanı $17,7 \pm 12,4$ olduğu erkeklerin $14,4 \pm 12,9$ olduğu tespit edildi. Kızlarla erkekler arasında depresyon toplam puan karşılaştırmasında farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,021$).

Tablo 9. Lise son sınıf öğrencilerinin cinsiyete göre anksiyete ve depresyon toplam puanlarının dağılımı

BDÖ VE BAÖ	Kız	Erkek	P değeri
BAÖ toplam puan	$17,3 \pm 13,3$	$14,7 \pm 13,4$	$P=0,085$
BDÖ toplam puan	$17,7 \pm 12,4$	$14,4 \pm 12,9$	$P=0,021$

Araştırmamıza katılan öğrencilerin meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinin 147'sinde (%48,3) anksiyete toplam puanları eşik değer üzerinde bulundu. (BAÖ >17). Kız öğrencilerin 47'si (%43,5) , erkek öğrencilerin ise 100'ünde (%32,8) anksiyete toplam puanları eşik değer üzerinde saptandı. Yapılan istatistiksel analizde Meslek seçiminde bulunan öğrencide anksiyete düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,048$).

Tablo 10. Cinsiyet ile lise son sınıf öğrencilerinin anksiyete toplam puan yüksekliği arasındaki dağılım.

Cinsiyet	Anksiyete (BAÖ>17)*	
	Yok	Var
Kız	61 (%56,5)	47 (%43,5)
Erkek	204 (%67,2)	100 (%32,8)
Toplam	265 (%51,7)	147 (%48,3)

*p=0,048

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 92'sinde (%22,4) hem anksiyete hem de depresyon düzeylerinde yükseklik bulundu (BAÖ ve BDÖ >17). Bu öğrencilerin 32'si (%29,6) kızlardan 60'ı (%19,7) ise erkeklerden oluşmaktaydı. Anksiyete nin eşik ettiği depresyon düzeyleri yüksekliği ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,034).

Tablo 11. Cinsiyet ile lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete'nin eşik ettiği depresyon düzeyleri arasındaki ilişki

Anksiyete nin Eşlik Ettiği Depresyon (BDÖ ve BAÖ>17)	Cinsiyet *		Toplam
	Kız	Erkek	
Yok	76 (%70,4)	244 (%80,3)	320 (%77,6)
Var	32 (%29,6)	60 (%19,7)	92 (%22,4)

*p=0,034

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 141'sinde (%34,2) depresyon düzeylerinde yükseklik bulundu (BDÖ > 17). 108 kız öğrencinin 52'sinde (%48,1), 304 erkek öğrencinin ise 89'unda (%29,3) düzeylerinde yükseklik bulundu. Meslek seçiminde bulunan öğrencide depresyon düzeylerindeki yükseklik (BDÖ>17) ile cinsiyet arasındaki karşılaştırmada anlamlı farklılık saptandı (p<0,001).

Tablo 12. Cinsiyet ile lise son sınıf öğrencilerinin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki.

Depresyon (BDÖ>17)	Cinsiyet*		Toplam
	Kız	Erkek	
Yok	56 (%51,9)	215 (%70,7)	271 (%65,8)
Var	52 (%48,1)	89 (%29,3)	141 (%34,2)

*p<0,001

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 55'inde (%13,3) sadece anksiyete bulunurken Öğrencilerin 49'unda (%11,9) sadece depresyon bulundu. 92'sinde (%22,3) hem anksiyete

hem de depresyon düzeylerinde yükseklik bulundu. Anksiyete ve depresyon düzeylerinde yükseklik ile cinsiyet ilişkisine bakıldığında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$).

Tablo 13. Lise son sınıf öğrencilerinin cinsiyete göre anksiyete ve depresyon düzeylerinde yükseklik arasındaki dağılım

Anksiyete-Depresyon (BAÖ>17 ve BDÖ>17)	Cinsiyet*		Toplam
	Kız	Erkek	
AD Yok**	41 (%37,9)	175 (%57,5)	216 (%52,5)
A Var**	15 (%13,9)	40 (%13,2)	55 (%13,3)
AD Var**	32 (%29,7)	60 (%19,7)	92 (%22,3)
D Var**	20 (%18,5)	29 (%9,6)	49 (%11,9)

* $p<0,001$

** **AD:** Hem anksiyete hem de depresyon düzeylerinde yükseklik (BAÖ VE BDÖ>17)

A : Sadece anksiyete düzeylerinde yükseklik (BAÖ>17)

D : Sadece depresyon düzeylerinde yükseklik (BDÖ>17)

Araştırmamıza katılan öğrencilerin (%35,7) 147'sinde anksiyete bulundu. (BAÖ puanı 17 ve üzerinde). 108 kız öğrencinin 47'sinde (%43,5), 304 erkek öğrencinin ise 100'ünde (%32,9) düzeylerinde yükseklik bulundu. Meslek seçiminde bulunan öğrencide anksiyete düzeyleri ile cinsiyet arasındaki karşılaştırmada anlamlı farklılık saptandı ($p=0,048$).

Tablo 14. Cinsiyet ile lise son sınıf öğrencilerinin anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki

Cinsiyet	Anksiyete (BAÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
Kız	61 (%56,5)	47 (%43,5)	108 (%100)
Erkek	204 (%67,1)	100 (%32,9)	304 (%100)
Toplam	265 (%54,3)	147 (%35,7)	412 (%100)

* $p=0,048$

Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf Öğrencilerin 91'inin (%22,1) anksiyete düzeyi hafif, 151'inin (%36,6) orta, 74'ünde (%18) yüksek saptandı. Kızların 27'sinde (%25) erkek öğrencilerin ise 47'sinde (%15,5) ise ağır derecede anksiyete saptandı. Anksiyete düzeyi ile cinsiyet ilişkisine bakıldığında yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,825$).

Tablo 15. Cinsiyet ile Lise son sınıf öğrencilerinin anksiyete dereceleri arasındaki ilişki

Cinsiyet	Anksiyete Düzeyi*			
	Hiç	Hafif	Orta	Ağır
Kız	33 (%30,5)	21 (%19,5)	27 (%25)	27 (%25)
Erkek	118 (%38,8)	70 (%23)	69 (%22,7)	47 (%15,5)
Toplam	151 (%36,6)	91 (%22,1)	96 (%23,3)	74 (%18)

*p=0,825

Cinsiyet ile depresyon derecesi arasındaki ilişkiye bakıldığında kızların 23'ünde (%21,3) ,erkeklerin ise 35'inde (%11,5) ağır derecede depresyon puanları saptandı. Yapılan istatistiksel analizde Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde depresyon derecesi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,227).

Tablo 16. Cinsiyet ile depresyon derecesi arasındaki ilişki.

Cinsiyet	Depresyon Derecesi			
	Hiç	Hafif	Orta	Ağır
Kız	26 (%24,1)	25 (%23,1)	34 (%31,5)	23 (%21,3)
Erkek	126 (%41,5)	83 (%27,3)	60 (%19,7)	35 (%11,5)
Toplam	152 (%36,9)	108 (%26,2)	94 (%22,8)	58 (%19,1)

*p=0,227

Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinin anksiyete toplam puan karşılaştırmasında ikameti İlçe merkez veya köy olanlarda Anksiyete toplam puanı $13,1 \pm 14,3$ olduğu il merkezi olanların $15,3 \pm 14,3$ olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda İl merkezi ve İlçe merkezli veya köy bölgede ikamet edenler arasında anksiyete toplamı bakımından farklılık olmadığı tespit edildi (p=0,159).

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinden ilçe merkez veya köy ikameti olan 79 öğrenciden 35'inde (%44,3) anksiyete düzeyinde yükseklik tespit edildi. İl merkezi ikameti olan 333 öğrencinin ise 112'sinde (%33,6) anksiyete düzeyinde yükseklik saptandı. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete ile öğrencinin ikameti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,075).

Tablo 17. İkamet ile anksiyete düzeylerindeki yükseklik arasındaki ilişki

İkamet	Anksiyete (BAÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
İl merkezi	44 (%66,4)	112 (%33,6)	333 (%100)
İlçe merkezli veya Köy	221 (%55,7)	35 (%44,3)	79 (%100)

*p=0,075

Depresyon toplam puan karşılaştırmasında ikameti İlçe merkez veya köy olanlarda depresyon toplam puanı $15,3 \pm 13,3$ olduğu il merkezi olanların $15,1 \pm 10,9$ olduğu tespit edildi. İl merkezi ve İlçe merkez veya köy ikamet edenler arasında depresyon toplamı bakımından farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,906$). Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinden il merkezinde ikamet edenlerin 113'ünde (%33,9) depresyon düzeylerinde yükseklik saptanırken, İlçe merkezi veya köyde ikamet edenlerin 28'inde (%35,5) depresyon saptandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde öğrencinin ikamet ettiği yer ile depresyon arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,801$).

Tablo 18. İkamet ile depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

İkamet	Depresyon (BDÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
İl merkezi	220 (%66,1)	113 (%33,9)	333
İlçe merkezli veya köy	51 (%64,5)	28 (%35,5)	79

*p=0,801

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak öğrenciler incelendiğinde anova testine göre depresyon toplam puanları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,428$). Gelir düzeyi ile depresyon toplam puanları arasındaki dağılıma bakıldığında gelir toplamı kötü olan 101 (%68,3) öğrencinin 47'sinde (%31,7) gelir düzeyi yüksek olan 82(%64,6) öğrencinin 45'inde (%35,4) depresyon düzeylerinde yükseklik saptandı. Yapılan istatistiksel analizde Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde gelir düzeyi ile depresyon toplam puanları (BDÖ>17) arasındaki dağılımda farklılık saptanmadı ($p=0,485$).

Tablo 19. Gelir düzeyi ile depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Gelir düzeyi	Depresyon (BDÖ>17)	
	Yok	Var
Düşük	101(%68,3)	47(%31,7)
Orta	88(%64,2)	49(%35,8)
Yüksek	82(%64,6)	45(%35,4)

*p=0,485

Anova testine göre öğrencilerin anksiyete toplam puanları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,087). Gelir toplamı ile anksiyete düzeyleri arasındaki dağılıma bakıldığında gelir düzeyi düşük olan 52 (%35,4), gelir düzeyi yüksek olan 47 öğrencinin (%31,9) anksiyete düzeylerinde yükseklik saptandı. Yapılan istatistiksel analizde gelir düzeyi ile anksiyete düzeyleri (BAÖ>17) arasındaki dağılımda anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,743).

Tablo 20. Gelir düzeyi ile anksiyete düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Gelir düzeyi	Anksiyete (BAÖ>17)*	
	Yok	Var
Düşük	96 (%36,2)	52 (%35,4)
Orta	89 (%33,6)	48 (%32,7)
Yüksek	80 (%30,2)	47 (%31,9)

*p=0,743

Evde öğrenim gören kişi sayısı ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik karşılaştırıldığında ailesinde öğrenim gören sadece kendisi olduğu şeklinde cevap veren öğrencilerin 24'ü (%45,3), iki kişinin öğrenim gördüğü evde yaşayan öğrencilerin 40'ında (%47,1) anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,706).

Tablo 21. Öğrenim gören kişi sayısı ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik

Öğrenim gören kişi sayısı	Anksiyete veya depresyon düzeyleri (BDÖ VE BAÖ>17)		Toplam
	Yok	Var	
Sadece Kendisi	29 (%44,7)	24 (%45,3)	53 (%100)
İki kişi	45 (%52,9)	40 (%47,1)	85 (%100)
Üçten fazla	142 (%51,9)	132 (%48,1)	274 (%100)

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencileri kardeş sayısı ile Anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik karşılaştırıldığında kardeşi olmayan öğrencilerin 16'sında (%64) , iki kardeşi olan öğrencilerin 18'inde (%52,9) üç ve daha fazla kardeşi olan öğrencilerin ise 162'sinde (%45,9) anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,565$).

Tablo 22. Kardeş sayısı ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Kardeş sayısı	Anksiyete veya depresyon düzeyleri (BDÖ VE BAÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
Kardeşim yok	9 (%36)	16 (%64)	25 (%100)
İki-üç kardeşim var	16 (%47,1)	18 (%52,9)	34 (%100)
Üç'ten çok kardeşim var	191 (%54,1)	162 (%45,9)	353 (%100)

* $p=0,565$

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerin toplam (%68) 280' inin ise bir dershaneye katıldığı (%32) 132'sinin ise bir dershaneye katılmadığı tespit edildi. Dershaneye katılan kızların sayısı 73 (%67,5), erkeklerin sayısı 207 (%68) olduğu görüldü. Dershaneye katılım oranları cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p= 0,924$).

Tablo 23. Dershaneye katılım ile cinsiyet arasındaki dağılım

Dershaneye Katılım	Cinsiyet *		Toplam
	Erkek	Kız	
Katılıyor	207 (%68)	73 (%67,5)	280 (%68)
Katılmıyor	97 (%32)	35 (%32,5)	132 (%32)

* $p=0,924$

Çalışmamıza katılan ve dershaneye katılan öğrencilerden (%87,3) 198'inin Anadolu lisesi (%18,3) 18'i meslek lisesi (%73,6) 64'ü ise düz lise öğrencisinden oluştuğu tespit edildi. Anadolu lisesinde öğrenim gören öğrencilerin dershane katılım oranlarının düz ve meslek liseleriyle karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,001$).

Tablo 24. Dershaneye katılım ile okul türü dağılımı arasındaki ilişki

Katılımcının Öğrenim Gördüğü Okul Türü	Dershaneye Katılım *		Toplam
	Katılmıyor	Katılıyor	
Genel lise	(%26,4) 23	(%73,6) 64	(%21,1) 87
Meslek lisesi	(%81,7) 80	(%18,3) 18	(%23,7) 98
Anadolu Lisesi	(%12,7) 29	(%87,3) 198	(%55) 227

p=0,001

Depresyon toplam puan karşılaştırmasında dershaneye katılanların depresyon toplam puanı $15,0 \pm 13,1$ olduğu dershaneye katılmayanların $15,9 \pm 12,3$ olduğu tespit edildi. Kızlarla erkekler arasında depresyon toplam puanları bakımından farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,527$).

Dershaneye katılmayan lise son sınıf öğrencisi 132 kişiden 56'sında (%42) depresyon olduğu, dershaneye katılan 280 öğrenciden ise 85'inde (%30,3) depresyon düzeylerinde yükseklik olduğu tespit edildi. Dershaneye gidenlerle dershaneye katılmayanlar arasında istatistiksel farklılık saptandı ($p=0,016$).

Tablo 25. Dershaneye katılım ile depresyon düzeylerinde ki yükseklik ilişkisi

Dershaneye Katılım	Depresyon (BDÖ >17)*	
	Yok	Var
Katılmıyor	76 (%54)	56 (%46)
Katılıyor	195 (%69,7)	85 (%30,3)

***p=0,016**

Anksiyete toplam puan karşılaştırmasında dershaneye katılanların anksiyete toplam puanı $15,5 \pm 13,3$ olduğu katılanların $15,3 \pm 14,3$ olduğu tespit edildi. Kızlarla erkekler arasında Anksiyete toplamı bakımından farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,919$).

Dershaneye katılmayan lise son sınıf öğrencisi 132 kişiden 49'unda (%37,1) anksiyete düzeylerinde yükseklik olduğu, dershaneye katılan 280 öğrenciden ise 98'inde (%35) depresyon düzeylerinde yükseklik olduğu tespit edildi. Dershaneye gidenlerle dershaneye katılmayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,675$).

Tablo 26. Dershaneye katılımla anksiyete düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Dershaneye Katılım	Anksiyete (BAÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
Katılmıyor	83 (%62,9)	49 (%37,1)	132 (%100)
Katılıyor	182 (%65)	98 (%35)	280 (%100)

*p=0,675

Çalışmamızda katılımcıların dershaneye katılım ile anne ve baba meslekleri olup olmama durumları incelendiğinde baba mesleği olanların sayısı toplamda 265 (%64,3), olmayanların ise 147 (%35,7) olarak tespit edildi. Baba mesleği olanların 187 (%70)'sinin şu anda bir dershaneye katıldığını 78 (%30) unun bir dershaneye katılmadığı tespit edildi. Baba mesleği olmayanlardan dershaneye gitmeyenlerin sayısının 54 (%36,7) olduğu dershaneye gidenlerin sayısı 93(%63,3) olduğu görüldü. Yapılan istatistiksel incelemede dershaneye katılma durumu ile anne mesleği ilişkisinde anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,129).

Tablo 27. Dershaneye katılım ile baba mesleği ilişkisi

Dershaneye Katılım	Baba Mesleği*		Toplam
	Yok	Var	
Katılmıyor	54 (%36,7)	78 (%30)	132 (%32)
Katılıyor	93 (%63,3)	187 (%70)	280 (%68)

*p=0,129

Çalışmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerinin anne meslekleri ile dershaneye katılım durumları incelendiğinde ise anne mesleği olanların sayısı toplamda 28 (%6,8), olmayanların ise 384 (%93,2) olarak tespit edildi. Anne mesleği olanların 21'inin (%70) şu anda bir dershaneye katıldığını 7'sinin (%25) bir dershaneye katılmadığı tespit edildi. Anne mesleği olmayanlardan dershaneye gitmeyenlerin sayısının 125 (%32,5) olduğu dershaneye gidenlerin sayısı 259 (%67,5) olduğu görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda dershaneye katılma durumu ile anne mesleği ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,444).

Tablo 28. Dershaneye katılım ile anne mesleği ilişkisi

Dershaneye Katılma Durumu	Anne Mesleği *	
	Yok	Var
Katılmıyor	125 (%32,5)	7 (%25)
Katılıyor	259 (%67,5)	21 (%75)

***p=0,444**

Çalışmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerinin anksiyete toplam puan karşılaştırmasında baba mesleği olmayanlarda anksiyete toplam puanı $17,1 \pm 14,4$ olduğu baba mesleği olanların $14,4 \pm 12,7$ olduğu tespit edildi. Anne mesleği olmayanlar ve olanlar arasında anksiyete toplamı bakımından farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,049$). Lise son sınıf öğrencilerinden 147 sinin baba mesleği olmadığı ve bunlardan 61 in anksiyete düzeylerinin yüksek çıktığı, baba mesleği olan 265 öğrencinin ise 86'sında anksiyete düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Baba mesleği ile meslek seçiminde bulunan son sınıf lise öğrencisinde anksiyete ilişkisine bakıldığında farklılık saptanmadı ($p=0,067$).

Tablo 29. Baba mesleği ile anksiyete düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Baba Mesleği	Anksiyete (BAÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
Yok	86 (%58,5)	61 (%41,5)	147 (%100)
Var	179 (%67,6)	86 (%32,4)	265 (%100)

***p=0,067**

Çalışmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerinin depresyon toplam puan karşılaştırmasında baba mesleği olanlarda depresyon toplam puanı $14,1 \pm 11,8$ olduğu baba mesleği olmayanlarda $17,4 \pm 14,4$ olduğu tespit edildi. Baba mesleği olan ve olmayanlar arasında depresyon toplamı bakımından farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,0147$). Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinden baba mesleği olmayan 271 öğrenciden 181'inde (%68,4), baba mesleği olan 141 öğrenciden 84'ünde (%31,6) depresyon düzeylerinde yükseklik (BDÖ>17) saptandı. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p=0,147$).

Tablo 30. Baba Mesleği ile depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Baba Mesleği	Depresyon (BDÖ>17)*	
	Yok	Var
Yok	90 (%61,2)	57 (%38,8)
Var	181 (%68,4)	84 (%31,6)

*p=0,147

Lise son sınıf öğrencilerinden 239'unun (%58) aileleri demokratik-özgürlükçü bir tutum içinde olduğu saptandı. Demokratik-özgürlükçü tutum içinde olanların depresyon puanları (13,9±12,4) ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Aileleri demokratik-özgürlükçü olan ailelerin 40'ında (%16,7) anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik saptanırken aileleri baskıcı bir tutum içinde olan ailelerde yetişen öğrencilerde ise anksiyete ve depresyon düzeylerinde yükseklik saptanan 23 (%34,3) öğrenci tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde anne ve baba tutumları ile anksiyet ve depresyon düzeylerinde yükseklik arasında anlamlı farklılık saptandı (p=0,009).

Tablo 31. Anne ve baba tutumları ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Anne ve baba tutumları	Anksiyete veya depresyon (BDÖ VE BAÖ >17)		Toplam
	Anksiyete veya depresyon yok	Anksiyete veya depresyon var	
İlgisiz	61 (%71,8)	24 (%28,2)	85 (%20,6)
Demokratik-Özgürlükçü	199 (%83,3)	40 (%16,7)	239 (%58)
Baskıcı	44 (%65,7)	23 (%34,3)	67 (%16,3)
Tutarsız	16 (%76,2)	5 (%23,8)	21 (%5,1)
Toplam	320 (%77,7)	92 (%22,3)	412 (%100)

*p=0,009

Anksiyete toplam puan karşılaştırmasında anne mesleği olmayanlarda anksiyete toplam puanı 15,5 ±13,5 iken anne mesleği olanların toplam puanı 15,3 ± 14,3 olduğu tespit edildi. Anne mesleği olmayanlar ve olanlar arasında anksiyete toplamı bakımından farklılık olmadığı tespit edildi(p=0,286). Beck anksiyete ölçeği kesme noktası 17 olarak alındığında anne mesleği olan 384 katılımcıdan 139' unun (%36,2) anksiyete düzeylerinde yükseklik

olduğu 265'inde (%63,8) ise anksiyete düzeylerinde yükseklik olmadığı görüldü. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde anne mesleğinin olup olamamasıyla anksiyete düzeylerinde yükseklik arasında yapılan karşılaştırmada farklılık saptanmadı (p=0,588).

Tablo 32. Anne mesleği ile meslek seçiminde bulunan son sınıf lise öğrencisinde anksiyete düzeylerinde yükseklik ilişkisi.

Anne mesleği	Anksiyete (BAÖ >17)*		Toplam
	Yok	Var	
Yok	245 (%63,8)	139 (%36,2)	384 (%100)
Var	20 (%71,4)	8 (%28,6)	28 (%100)

*p=0,588

Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinin %25'inin anne babasıyla meslek seçimi konusunda çatışma yaşadığı %75'inin ise çatışma yaşamadığı tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda cinsiyet ile anne ve baba ile çatışma yaşama durumu arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,196)

Tablo 33. Meslek seçimi konusunda anne baba ile çatışma yaşama durumu arasındaki ilişki

Meslek seçimi konusunda aile ile çatışma Yaşama	Cinsiyet *		Toplam
	Kız	Erkek	
Hayır	76 (%70,4)	233(%66,6)	309 (%75)
Evet	32 (%29,6)	71(%33,4)	103 (%25)

*p=0,196

Meslek seçiminde ailesiyle çatışma yaşayan 103 (%25) lise son sınıf öğrencilerinden 63'ünde (%61,1) anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik saptandı. Meslek seçiminde ailesiyle çatışma yaşamayan öğrencilerin ise 133'ünde (%43,1) ise anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde Meslek seçimi konusunda ailesiyle çatışma yaşam durumu ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisinde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001).

Tablo 34. Ailesiyle çatışma yaşayan ve yaşamayan son sınıf lise öğrencisinde anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Meslek Seçimi Konunda Anne ve Babasıyla Çatışma Yaşama Durumu	Anksiyete veya depresyon düzeyleri * (BDÖ VE BAÖ>17)		Toplam
	Yok	Var	
Hayır, çatışma yaşamıyorum	(%56,9) 176	(%43,1) 133	(%75) 309
Evet, çatışma yaşıyorum	(%38,8) 40	(%61,2) 63	(%25) 103
Toplam	(%52,5) 216	(%47,5) 196	(%100) 412

*p=0,001

Meslek seçiminde ailesiyle çatışma yaşayan 103 (%25) lise son sınıf öğrencilerinden 63'ünde (%61,1) anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik, Meslek seçiminde ailesiyle çatışma yaşamayan öğrencilerin ise 133'ünde (%43,1) ise tespit edildi. Meslek seçiminde ailesiyle çatışma yaşam durumu ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisinde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001).

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinin anket sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde kız öğrencilerin 50'sinin (%46,3) erkek öğrencilerin ise 110'unun (%36,2) 'Yetersiz bilince sahibim' şeklinde yanıt verdikleri tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olamadığı saptandı (p=0,064).

Tablo 35. Yeterli bilince sahip olma ile cinsiyet ilişkisi

Yeterli Bilince Sahip Olma Durumları	Cinsiyet *	
	Kız	Erkek
Hayır	(%46,3) 50	(%36,2) 110
Evet	(%53,7) 58	(%63,8) 194

*p=0,064

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinin anket sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde düz lise de öğrenim gören katılımcı (%38) 33' ü meslek lisesinde (%37,8) 37' ve Anadolu lisesinde öğrenim gören katılımcıların (%39,4) 90'ı yetersiz bilince sahip olduğunu belirtmiştir. Son sınıf lise öğrencisinde kendisini yeterli bilince sahip görme ile okul türü ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p=0,725)

Tablo 36. Yeterli bilince sahip olma ile okul türü arasındaki ilişki

Yeterli Bilince Sahibim	Okul Türü		
	Genel lise	Meslek lisesi	AnadoluLisesi
Hayır	(%38) 33	(%37,8) 37	(%39,6) 90
Evet	(%62) 54	(%62,2) 61	(%60,4) 137
Toplam	(%100) 87	(%100) 98	(%100) 227

*p=0,725

Yeterli bilince sahip olup olmama ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; yeterli bilince sahip öğrencilerinden (%42,5)'unda, yetersiz bilince sahibim diyen öğrencilerin ise (%55,7)'sinde anksiyete ve veya depresyon düzeylerinde yükseklik olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p=0,009).

Tablo 37. Yeterli bilince sahip olma ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik

Yeterli Bilince Sahibim	Anksiyete ve /veya Depresyon (BDÖ VE BAÖ>17)		Toplam
	Yok	Var	
Hayır	71 (%44,3)	89 (%55,7)	160 (%100)
Evet	145 (%57,5)	107 (%42,5)	252 (%100)

*p=0,009

Çalışmamıza katılan lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete ve depresyon düzeylerinde yükseklik incelendiğinde kendisinde kronik hastalık olanların (%63,3)'ünde, kronik hastalık olmayanların ise sadece (%43,3)'ünde anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p=0,001).

Tablo 38. Kronik Hastalık durumları ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi.

Lise son sınıf öğrencisinde Hastalık durumları *	Anksiyete veya Depresyon Düzeyleri Yüksekliği (BAÖ VE BDÖ >17)		Toplam
	Yok	Var	
Yok	187 (%56,2)	146 (%43,8)	333 (%100)
Var	29 (%36,7)	50 (%63,3)	79 (%100)

*p=0,001

Çalışmamıza katılan son sınıf lise öğrencilerinden 14'ünde (%3,4) diyabet (DM), 4'ünde (%1,0) hipertansiyon (HT), 14'ünde (%3,4) madde kullanımı ve 49'unda devam eden

başka bir hastalık veya özrü olduğu tespit edilirken 331(%80,3) öğrencinin herhangi kronik hastalığı olmadığı saptandı (p=0,001).

Tablo 39. Hastalık türlerinin lise son sınıf öğrencilerindeki dağılımı.

Hastalık durumları *	Sayı	Yüzde (%)
Hastalık Yok	331	%80,3
DM	14	%3,4
HT	4	%1,0
Madde kullanımı	14	%3,4
Diğer	49	%11,9

*p=0,001

Tip1 dm hastalığı olan öğrencilerin 10'unda (%71,4) , hipertansiyon hastalığı olan öğrencilerin 2' sinde (%50) 14 madde kullanımı öğrencinin 10'unda (%71,4) diğer devam eden hastalığı olan 49 öğrenciden ise 30'unda (%61,2) anksiyete veya depresyon düzeyleri eşik değer (BAÖ VE BDÖ >17) üzerindeydi (Tablo 26). Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,001).

Tablo 40. Hastalık türleri ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Anksiyete veya Depresyon Düzeylerinde Yükseklik (BAÖ VE BDÖ >17)	Hastalık Durumları *				
	Yok	DM	HT	Madde kullanımı	Diğer
Anksiyete-Depresyon Yok	187(%56,5)	4(%28,6)	2 (%50)	4 (%28,6)	19(%38,8)
Anksiyete-Depresyon Var	144(%43,5)	10(%71,4)	2 (%50)	10(%71,4)	30(%61,2)
Toplam	331(%100)	14(%100)	4 (%100)	14 (%100)	49(%100)

*p=0,001

Depresyon toplam puan karşılaştırmasında anne ve babasından her ikisi veya biri ölmüş olanlarda depresyon toplam puanı $14,8 \pm 12,1$ olduğu anne ve babası ölen olmayanlarda ise $19,1 \pm 17,0$ olduğu tespit edildi. Anne veya babasında ölen olan ve olmayanlar arasında depresyon toplam puanı bakımından farklılık olduğu tespit edildi (p=0,029).

Anne ve babalarından biri veya her ikisi ölmüş olan öğrencilerdeki depresyon düzeylerindeki yükseklik dağılımı incelendiğinde Anne ve babalarından biri veya her ikisi ölmüş olan 364 öğrencinin 122'sinde (%33,5) depresyon düzeylerinde yükseklik saptandı. Anne veya Anne ve babalarından biri veya her ikisi ölmüş olmayan 48 öğrencinin 19'unda

(%39) depresyon düzeylerinde yükseklik olduğu tespit edildi. Anne ve babalarından biri veya her ikisi ölümü ile öğrencilerdeki depresyon düzeylerindeki yükseklik dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,406$).

Tablo 41. Anne veya baba ölümü ile depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi.

Anne veya Baba ölümü	Depresyon (BDÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
Yok	242 (%66,5)	122 (%33,5)	364 (%100)
Var	29 (%60,4)	19 (%39,6)	48 (%100)

* $p=0,406$

Anksiyete toplam puan karşılaştırmasında anne babasından ölen olmayanların Anksiyete toplam puanı $14,18 \pm 12,7$ olduğu anne babasından ölüm olanların $19,4 \pm 16,8$ olduğu tespit edildi. Anne ve babasından ölen olmayanlar ve olanlar arasında anksiyete toplamı bakımından farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,014$).

Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencisinde anne veya baba ölümü ile anksiyete arasındaki ilişki incelendiğinde anne veya baba ölümü olan 48 öğrenciden 24'ünde (%50) anksiyete düzeylerinde yükseklik görüldü. Anne ve baba ölümü olmayan 364 öğrencinin 123'ünde (%33,8) anksiyete düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Anne veya baba ölümü ile anksiyete düzeylerindeki toplam puan yükseklikleri bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,028$).

Tablo 42. Anne veya baba ölümü ile anksiyete düzeylerinde yükseklik ilişkisi.

Anne veya baba ölümü	Anksiyete (BAÖ>17)*		Toplam
	Yok	Var	
Yok	241 (%66,2)	123 (%33,8)	364 (%100)
Var	24 (%50)	24 (%50)	48 (%100)

* $p=0,028$

Lise son sınıf öğrencisinde Anne veya Baba ölümü ile suisid (intihar) düşüncesi arasındaki ilişki dağılımı incelendiğinde öğrencilerin %27,2'si öz kısıyımı düşünmüş, istemiş veya 'fırsat bulsam kendimi öldürürüm' düşüncesine sahip olduğu tespit edildi. Anne veya

baba ölümü olan 48 öğrenciden 8'i (%16,7) beck depresyon ölçeğinde 'fırsat bulsam kendimi öldürürüm' şeklinde cevap verdiği saptandı. Anne ve baba ölümü olmayan 364 öğrencinin 15'i (%4,1) 'fırsat bulsam kendimi öldürürüm' şeklinde cevap verdiği tespit edildi. Anne veya baba ölümü olan ve olmayanların suisid düşünceleri incelendiğinde anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p<0,001$).

Tablo 43. Anne veya baba ölümü ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki

Anne veya baba ölümü	Suisid (intihar) Düşüncesi*				Toplam
	Düşünmedim	Düşündüm	İsterim	Fırsat bulsam yaparım	
Yok	267(%64,8)	62(%17,0)	20(%5,4)	15(%4,1)	364(%88,3)
Var	33(%68,8)	6(%12,5)	1(%2)	8(%16,7)	48(%11,7)
Toplam	300(%72,8)	68(%16,5)	21(%5,1)	23(%5,6)	412(%100)

* $p<0,001$

Lise son sınıf öğrencisinde depresyon derecesi ile suisid (intihar) düşüncesi arasındaki ilişki dağılımı incelendiğinde ağır depresyon derecesi olan 58 öğrenciden 14'ü (%24,1) beck depresyon ölçeğinde 'fırsat bulsam kendimi öldürürüm' şeklinde cevap verdiği saptandı. Hafif depresyon derecesi olan 108 öğrencinin 3'ü (%2,8) 'fırsat bulsam kendimi öldürürüm' şeklinde cevap verdiği tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde depresyon derecesi ile suisid düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,001$).

Tablo 44. Anne veya baba ölümü ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki

Depresyon	Suisid (İntihar) Düşüncesi*				Toplam
	Düşünmedim	Düşündüm	İsterim	Fırsat bulsam yaparım	
Hiç	141 (%92,8)	7 (%4,6)	2 (%1,3)	2 (%1,3)	152 (%36,9)
Hafif	87 (%80,5)	17 (%15,7)	1 (%1)	3 (%2,8)	108 (%26,2)
Orta	55 (%58,4)	31 (%33)	4 (%4,3)	4 (%4,3)	94 (%22,8)
Ağır depresyon	17 (%29,3)	13 (%22,5)	14 (%24,1)	14 (%24,1)	58 (%14,1)

* $p<0,001$

Lise son sınıf öğrencisinde anne eğitim durumu ile suisid (intihar) düşüncesi arasındaki ilişki incelendiğinde annesi okuryazar olmayan 24 (%35,3), üniversite mezunu 5 (%7,4) öğrenci öz kıyımı bir şekilde düşündüğü tespit edildi. 'Fırsat bulsam kendimi

öldürürüm' şeklinde cevap veren 23 öğrenciden annesi okuryazar olmayan 10 (%43,5), üniversite mezunu ise 2 (%8,7) öğrenci tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anne eğitim durumu ile öz kıyım düşünceleri arasında zayıf ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,057$).

Tablo 45. Anne eğitim durumu ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki

Anne eğitim durumu	Suisid (İntihar) Düşüncesi*		
	Düşündüm	İsterim	Fırsat bulsam yaparım
Okuryazar değil	24 (%35,3)	7 (%33,3)	10 (%43,5)
İlk	21 (%30,8)	2 (%9,5)	6 (%26,1)
Orta	10 (%14,7)	5 (%23,8)	3 (%13)
Lise	8 (%11,8)	4 (%19,1)	2 (%8,7)
Üniversite	5 (%7,4)	3 (%14,3)	2 (%8,7)

* $p=0,057$

Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencisinde okul türü ile depresyon ilişkisi incelendi. Genel lisede öğrenim gören 87 (%21,1) öğrenciden 22'si (%25,3), Anadolu lisesinde öğrenim gören 227 (%55,1) öğrenciden 78'i (%34,4), meslek lisesinde öğrenim gören 98 (%23,8), öğrenciden 41'inde (%41,8) depresyon düzeylerinde yükseklik saptanmıştır. Okul türü ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,018$).

Tablo 46. Okul türü ile depresyon sıklığı arasındaki dağılım

Okul türü	Depresyon(BDÖ>17) *		Toplam
	Yok	Var	
Genel lise	65(%74,7)	22(%25,3)	87(%21,1)
Anadolu veya Fen Lisesi	149(%65,6)	78(%34,4)	227(%55,1)
Meslek lisesi	57(%59,2)	41(%41,8)	98(%23,8)

* $p=0,018$

Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencisinde okul türü ile depresyon ilişkisi incelendiğinde genel lisede öğrenim gören 87 öğrenciden 25'i (%28,7), Anadolu lisesinde öğrenim gören 227 öğrenciden 81'i (%35,7) meslek lisesinde öğrenim gören 98 (%23,8) öğrenciden 41'inde (%41,8) depresyon düzeylerinde yükseklik saptanmıştır. Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencisinde okul türü ile anksiyete sıklığı arasındaki

ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak zayıf ilişki saptandı (p=0,064).

Tablo 47. Okul türü ile depresyon sıklığı arasındaki ilişki

Okul Türü	Anksiyete (BAÖ>17)		Toplam
	Yok	Var	
Genel Lise	62(%71,3)	25(%28,7)	87(%21,1)
Anadolu veya Fen Lisesi	146(%54,3)	81(%35,7)	227(%55,1)
Meslek Lisesi	57(%58,2)	41(%41,8)	98(%23,8)

*p=0,064

Anksiyete toplam puan karşılaştırmasında ailesinde hastalık olmayan öğrencilerde anksiyete toplam puanı $13,6 \pm 12,7$ olduğu öğrencinin ailesinde hastalık olanların $19,0 \pm 13,5$ olduğu tespit edildi. Ailesinde hastalık olmayanlar ve olanlar arasında anksiyete toplamı bakımından farklılık olduğu tespit edildi (p<0,001).

Ailesinde hastalık diyabet hipertansiyon gibi kronik ve diğer hastalıkları olan ve olmayan ailelere sahip lise son sınıf öğrencilerinin 74'ünde (%55,7) anksiyete veya depresyon düzeyleri bakıldığında Beck anksiyete veya Beck depresyon envanteri kesme noktası 17'den yüksek çıktığı ve anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p=0,024).

Tablo 48. Ailede hastalık durumu ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki

Ailede Hastalık	Anksiyete veya depresyondan biri (BAÖ veya BDÖ17>)		Toplam
	Yok	Var	
Yok	(%56,3) 157	(%43,7) 122	(%100) 279
Var	(%44,3) 59	(%55,7) 74	(%100) 133

*p=0,024

Depresyon toplam puan karşılaştırmasında ailesinde hasta olanlarda depresyon toplam puanı $17,4 \pm 13,0$ olduğu ailesinde hasta olmayanlarda ise $14,3 \pm 12,7$ olduğu tespit edildi. Ailesinde hastalık olan ve olmayanlar arasında depresyon toplamı bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p=0,024).

Ailesinde hastalık diyabet hipertansiyon gibi kronik ve diğer hastalıkları olan ve olmayan ailelere sahip lise son sınıf öğrencilerinin 51'inde (%38,6) Beck depresyon ölçeği

kesme noktası 17'den yüksek olduğu görüldü. Ailede hastalık durumu İle Depresyon yükseklikleri arasındaki dağılım incelendiğinde Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,071$).

Tablo 49. Ailede hastalık durumu İle öğrencideki depresyon yükseklikleri arasındaki ilişki.

Ailede hastalık durumu	Depresyon (BDÖ>17)*		Toplam
	YOK	VAR	
Yok	189 (%67,8)	90 (%32,2)	279
Var	82 (%51,4)	51 (%38,6)	133

* $p=0,071$

Anksiyete toplam puan karşılaştırmasında öğrencinin kendisinde kronik hastalık olmayanlarda anksiyete toplam puanı $13,8\pm 12,9$ olduğu öğrencinin kendisinde kronik hastalık olanların $21,8\pm 13,5$ olduğu tespit edildi. Kendisinde kronik hastalık olmayanlar ve olanlar arasında anksiyete toplamı bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p=0,001<$). Araştırmamıza katılan anksiyete düzeylerinde yükseklik olan 147 öğrencinin 44'ünde (%29,9) kendisinde kronik hastalık tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$).

Tablo 50. Kendisinde kronik hastalık durumu ile anksiyete düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Lise Son Sınıf Öğrencisinde Kronik Hastalık Durumu	Anksiyete * (BAÖ>17)	
	Anksiyete Yok	Anksiyete Var
Kronik hastalık Yok	230 (%86,8)	103 (%70,1)
Kronik hastalık Var	35 (%13,2)	44 (%29,9)

* $p<0,001$

Anova testinde Lise Son Sınıf Öğrencisinde kronik Hastalık Durumu ile anksiyete toplam puanları arasında farklılık saptandı ($p<0,001$). Anova testinde Lise Son Sınıf Öğrencisinde kendisinde kronik hastalık Durumu ile depresyon toplam puanları arasındaki ilişki de incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,029$). Lise Son Sınıf Öğrencisinde kronik hastalık durumu anksiyete ve depresyon toplam puanları arasındaki dağılım da

öğrencilerin kronik hastalığı olan 92 (%22,3) öğrencinin 64'ünde (%70,6) anksiyete ve depresyon olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,002$).

Tablo 51. Öğrencide kronik hastalık durumu ile anksiyetenin eşlik ettiği depresyon düzeylerinde yükseklik ilişkisi

Lise Son Sınıf Öğrencisinde kronik Hastalık Durumu	Anksiyete'nin eşlik ettiği depresyon (BAÖ ve BAÖ>17)		Toplam
	Yok	Var	
Yok	269 (%84,1)	64 (%70,6)	333 (%80,8)
Var	51 (%15,9)	28 (%30,4)	79 (%19,2)
Toplam	320 (%77,7)	92 (%22,3)	412 (%100)

* $p=0,002$

Anksiyete toplam puan karşılaştırmasında ‘Beş veya on yıl sonra keşke başka bir meslek seçseydim, başka bir bölüm okusaydım diye hayıflanmaktan korkuyorum’ cevap veren öğrencilerde anksiyete toplam puanı $16,7\pm 14,0$ olduğu ‘korkmuyorum’ cevap veren öğrencilerde $14,3\pm 12,7$ olduğu tespit edildi. Beş veya on yıl sonra “keşke başka bir meslek seçseydim, başka bir bölüm okusaydım” diye hayıflanmaktan korkuyorum ile korkmuyorum cevap veren öğrenciler arasında anksiyete toplam puanları bakımından anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,075$).

Depresyon toplam puan karşılaştırmasında ‘Beş veya on yıl sonra keşke başka bir meslek seçseydim, başka bir bölüm okusaydım diye hayıflanmaktan korkuyorum’ cevap veren öğrencilerde anksiyete toplam puanı $18,4\pm 14,6$ olduğu ‘korkmuyorum’ şeklinde cevap veren öğrencilerde $12,8\pm 10,7$ olduğu tespit edildi. Beş veya on yıl sonra “keşke başka bir meslek seçseydim, başka bir bölüm okusaydım” diye hayıflanmaktan korkuyorum ile korkmuyorum şeklinde cevap veren öğrenciler arasında depresyon toplam puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p<0,001$).

‘Beş veya on yıl sonra keşke başka bir meslek seçseydim, başka bir bölüm okusaydım diye hayıflanmaktan korkuyorum’ cevap veren öğrencilerde anksiyete veya depresyon düzeylerindeki yüksekliğe bakıldığında 231 öğrenciden 99’unda (%42,8) hayıflanmaktan korkarım diyen 181 (%43,9) öğrenciden 97’sinde (%53,6) anksiyete veya depresyon

düzeylerinde yükseklik saptandı. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,031).

Tablo 52. ‘Beş veya on yıl sonra keşke başka bir meslek seçseydim, başka bir bölüm okusaydım diye hayıflanmaktan korkuyorum derim’ ile ‘keşke demem’ şeklinde cevap veren öğrenciler arasında anksiyete veya depresyon düzeylerindeki yükseklik ilişkisi

Keşke	Anksiyete veya depresyon (BDÖ veya BAÖ>17)		Toplam
	Yok	Var	
Demem	132 (%57,2)	99 (%42,8)	231 (%56,1)
Derim	84 (%46,4)	97 (%53,6)	181 (%43,9)

*p=0,031

Okullarında meslek temsilcilerinin davet edilerek, onlara meslekleriyle ilgili merak ettiğiniz konuları sorabildiğiniz seminer, panel ve oturum ve benzeri gibi bir etkinlik yapılan ve bu etkinliklere katılan öğrencilerde depresyon toplam puanı $15,3 \pm 13,8$ olduğu katılmayan öğrencilerde $15,3 \pm 11,8$ olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde depresyon toplam puanları bakımından anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi (p=0,949).

Meslek temsilcilerinin davet edilerek onlara meslekleriyle ilgili merak edilen konularda soru sorulduğu seminer, panel ve oturum ve benzeri gibi bir etkinlik düzenlenen ve bu etkinliklere katılan öğrenciler incelendiğinde anksiyete toplam puanı $14,7 \pm 13,4$ olduğu, katılmayan öğrencilerde $16,0 \pm 13,3$ olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizde anksiyete toplam puanları bakımından farklılık olmadığı tespit edildi (p=0,326).

Meslek temsilcilerinin davet edilerek onlara meslekleriyle ilgili merak edilen konularda soru sorulduğu seminer, panel ve oturum gibi bir etkinlik düzenlenen ve bu etkinliklere katıldığını belirten öğrenciler değerlendirmeye alındı. Bu öğrencilerden 227 Anadolu Lisesi öğrencisinden 155’i (%68,3) , 98 meslek lisesi öğrencisinden 26’sı (%26,6) 87 düz lise de öğrenim gören katılımcıların ise 24’ü (%27,6) Meslek temsilcilerinin davet edildiği ve bu davete katıldığını belirtti. Meslek temsilcilerinin davet edilerek okullarında rehberlik seminer vs gibi etkinlik yapılan ve etkinliklere katılan ile katılmayan öğrenciler okul türleri bakımından anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,001).

Tablo 53. Meslek temsilcisi daveti ile okul türü arasındaki dağılım.

Meslek temsilcisi daveti	Okul türü *			Toplam
	Genel lise	Meslek lisesi	Anadolu Lisesi	
Hayır	63 (%72,4)	72 (%73,4)	72 (%31,7)	207 (%50,2)
Evet	24 (%27,6)	26 (%26,6)	155 (%68,3)	205 (%49,8)
Toplam	87 (%100)	98 (%100)	227 (%100)	412 (%100)

***p<0,001**

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencisinde anne öğrenim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki dağılımı incelendiğinde annesi okuryazar olmayan 181 öğrencinin (%43,9) 57'sinde (%31,5), ilköğretim (ilkokul) olan öğrencilerin ise 38'inde (%33,7) depresyon düzeylerinde yükseklik görüldü. Anneleri öğrenim durumu ilköğretim (orta) olanların (%41,8)'inde lise veya daha yüksek olan (%33,3)'ünde anksiyete düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anne öğrenim düzeyi ile depresyon düzeylerindeki toplam puan yükseklikleri incelendiğinde anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p=0,007).

Tablo 54. Annenin öğrenim düzeyi ile öğrencideki depresyon ilişkisi

Depresyon (BDÖ>17)	Okuryazar değil	İlköğretim (ilkokul)	İlköğretim (ortaokul)	Lise veya daha yüksek
Yok	124 (%72,5)	75 (%66,3)	31 (%64,6)	41 (%58,6)
Var	57 (%31,5)	38 (%33,7)	17 (%35,4)	29 (%41,4)
Toplam	181 (%43,9)	113 (%27,4)	48 (%11,7)	70 (%17)

***p=0,007**

Çalışmamıza katılan meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde baba öğrenim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde annesi okuryazar olmayan 75 (%18,2) öğrencinin 29'unda (%38,7) ilköğretim (ilkokul) olan öğrencilerin (%27,2)'sinde depresyon düzeylerinde yükseklik görüldü. Babalarını öğrenim durumu ilköğretim (orta) olanların (%41,8)'inde lise veya daha yüksek olan (%33,5)'inde anksiyete düzeylerinde yükseklik tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi (p=0,322).

Tablo 55. Babanın öğrenim düzeyi ile öğrencideki depresyon ilişkisi

Depresyon (BDÖ>17)	Okuryazar değil	İlköğretim (ilkokul)	İlköğretim (orta)	Lise veya daha yüksek
Yok	46 (%61,3)	75 (%72,8)	39 (%58,2)	111 (%66,5)
Var	29 (%38,7)	28 (%27,2)	28 (%41,8)	56 (%33,5)
Toplam	75 (%18,2)	103 (%25)	67 (%16,3)	167 (%40,5)

*p=0,322

“Anova testinde meslek seçimi konusunda anne ve babası rehberlik alan öğrencilerin depresyon toplam puanları arasında farklılık saptanmadı (p=0,077). Meslek seçimi konusunda anne ve babası rehberlik alan öğrencilerin depresyon toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,525).

Katılımcının anne ve babasının rehberlik alma durumu ile anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik dağılımına bakıldığında anksiyete veya depresyon düzeylerinin birinde yükseklik olan 196 öğrenci tespit edildi. Bu öğrencilerin 142’sinde (%72,5) anne ve babanın herhangi bir rehberlik almadığı 20’sinin (%10,2) seminer veya panel aldığı 13’ünün (%6,6) ise meslek temsilcisi veya okullardaki rehber öğretmenlerden rehberlik aldığı 21’inin ise sadece internet ve televizyon aracılığı ile bilgi sahibi olup anksiyete ve depresyon düzeylerinde yükseklik saptandı. Anne ve babanın rehberlik alması ile BAÖ ve BDÖ de yükseklik arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. (p=0,025).

Tablo 56. Anne ve babasının rehberlik alma durumu ile anksiyete veya depresyon düzeylerinden biri ile yükseklik dağılımı

Lise son sınıf öğrencisinin anne ve babasının rehberlik alma durumu*	Anksiyete veya depresyondan (BAÖ veya BDÖ17>)		Toplam
	Yok	Var	
Almadı	176 (%81,5)	142 (%72,5)	318 (%77,2)
Seminer ve panellere katılım	18 (%8,4)	20 (%10,2)	38 (%9,2)
İnternet ve televizyon yararlanma	13 (%6,0)	21 (%10,7)	34 (%8,3)
Rehberlik	9 (%4,1)	13 (%6,6)	22 (%5,3)

*p=0,025

Araştırmamıza katılan öğrenciler incelendiğinde ‘meslekleri yeterli tanıyorum’ şeklinde cevaplayan 107 öğrenciden ‘meslek seçimimde ilgi ve yeteneklerime uygunluğu’ daha önemli 79 (%73,8) öğrenci, puan daha önemlidir şeklinde cevaplayan ise 28 (%27,2) öğrenci olduğu saptanmıştır. ‘Meslekleri yetersiz tanıyorum’ şeklinde cevap veren 305 (%74) öğrenciden 176’sı (%57,7) ‘meslek seçimimde ilgi ve yeteneklerime uygunluğu daha önemli’ 129 (%42,3) öğrenci puan daha önemlidir şeklinde cevaplar verdikleri bulunmuştur. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde meslekleri tanıma ile ilgi ve yeteneklerim mi yoksa puan mı daha önemli sorularına cevap veren öğrencilerin dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Tablo 57. Meslekleri tanıma ile ilgi ve yeteneklerim mi yoksa puan mı daha önemli sorularına cevap veren öğrencilerin dağılımı

İlgi ve yeteneklerim mi puan mı daha önemli	Meslekleri tanıma	
	Yetersiz tanıyorum	Yeterli tanıyorum
Puan	129 (%42,3)	28 (%27,2)
İlgi ve yeteneklerime uygun olması	176 (%57,7)	79 (%73,8)
Toplam	305 (%74)	107 (%26)

*p=0,003

Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerine meslek tercihlerini etkileyen faktörler sorulduğunda birinci derece önemli olarak öğrencilerin 115’i (%27,9) ilgi yeteneklerime uygunluğu, ikinci derece etkili olarak öğrencilerin 103’ü (%25) iş olanakları üçüncü derece etkili olarak ise 85 (%20,6) ‘Mesleğin ekonomik getirisi daha önemlidir’ şeklinde cevapladığı tespit edildi. Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde 140’ı ailesinin istek ve baskısının meslek seçiminde etkili faktör olarak gördüğü saptandı. Ailemin istek veya baskısı birinci derece önemlidir şeklinde cevap veren öğrenci sayısı ise 52 (%12,6) olarak tespit edildi. Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinden 34’ü (%8,2) medyayı meslek seçiminde etkili faktör olarak gördüğü tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p<0,001).

Tablo 58. Meslek tercihlerini etkileyen faktörlerin dağılımı

Meslek Tercihlerinizi Etkileyen Faktörler	1. derece etkili*		2. derece etkili*		3. derece etkili*		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cevapsız	8	%1,9	11	%2,7	11	%2,7	30	%7,3
Ailemin isteği ve baskısı	52	%12,6	49	%11,9	44	%10,7	145	%35,1
İş olanakları	103	%25,0	103	%25,0	72	%17,5	278	%67,4
Sosyal çevre	16	%3,9	38	%9,2	47	%11,4	101	%24,5
Mesleğin statüsü	27	%6,6	51	%12,4	44	%10,7	122	%29,7
Ekonomik getirisi	63	%15,3	74	%18,0	85	%20,6	222	%53,9
Bana ve aileme getireceği yük	19	%4,6	23	%5,6	31	%7,5	73	%17,7
İlgi ve yeteneklerim	115	%27,9	52	%12,6	64	%15,5	231	%56,0
Medyanın etkisi	9	%2,2	11	%2,7	14	%3,4	34	%8,2
P değeri	p<0,001<		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Araştırmamıza katılan öğrenciler incelendiğinde; meslek seçiminde birinci derece etkili faktörler den ilk sırayı ilgi yeteneklerime uygunluğu ikinci sırayı ise iş olanakları almıştır. Meslek seçiminde ilgi ve yeteneklerime uygunluğunu birinci derece öncelikli belirten öğrencilerin 86'sının (%74,8) dershaneye katıldığı iş olanakları birinci derece etkili görenler de ise 65 (%63,1) öğrencinin dershaneye katıldığı saptanmıştır.

Tablo 59. Meslek tercihlerini etkileyen faktörlerin dağılımında birinci derece etkili faktörlerin dershaneye katılımı ilişkisi

Meslek seçiminde birinci derece etkili	Dershaneye Katılım*		Toplam
	Katılmıyor	Katılıyor	
Cevapsız	5 (%62,5)	3 (%37,5)	8 (%1,9)
Aile	19 (%36,5)	33 (%63,5)	52 (%12,6)
İş olanakları	38 (%36,9)	65 (%63,1)	103 (%25)
Sosyal çevre	8 (%50)	8 (%50)	16 (%3,9)
Mesleğin statüsü	8 (%27,7)	19 (%70,3)	27 (%6,5)
Mesleğin ekonomik getirisi	17 (%27)	46 (%73)	63 (%15,3)
Bana ve aileme getireceği yük	5 (%26,3)	14 (%73,7)	19 (%4,2)
İlgi ve yeteneklerime uygunluğu	29 (%25,2)	86 (%74,8)	115 (%27,9)
Medyanın etkisi	3 (%27,2)	6 (%27,2)	9 (%2,2)

*p=0,014

5. TARTIŞMA

Ergenliğin fiziksel, bilişsel, toplumsal ve duygusal değişimleri hızlı ve sarsıcıdır. Yaşamların bu döneminde üç ana görevle karşı karşıyadırlar. Bu görevler bireyleşme, meslek seçimi ve cinsel kimliğin oluşması gibi üç önemli unsuru içermektedir (108,109). Bu çalışmada meslek seçiminde bulunan öğrencinin karşılaştığı sorunlar ve farkındalık araştırılmıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak lise son sınıf öğrencisi olup meslek seçiminde bulunacak öğrencilerin farkındalıkları hedef alınarak inceleme yapılmıştır. Van bölgesinde bu bağlamda meslek seçiminde bulunacak öğrencide sınav döneminde, en başta gelen sorunlardan olan kaygı ve kaygıya bağlı anksiyete ve depresyon düzeylerini kapsamlı olarak inceleyen bir çalışmadır.

Meslek seçimi konusunda Isparta örnekleminin olduğu bir çalışmada görüşülenlerin annelerinin eğitim durumuna ilişkin elde edilen bulgular incelenmiştir. Görüşülenlerin annelerinden okur-yazar olmayanların oranı (%4,8), ilkokul mezunu olanların oranı (%58,7), lise ve dengi okul mezunu olanların oranı (%26,1), anneleri üniversite mezunu olanların oranı ise ancak (%10,4) olarak tespit edilmiştir (151). Başka bir çalışmada, öğrencilerin (%9,9)'unun anneleri hiçbir şekilde örgün eğitim görmemiştir. Annelerin ilköğretim (%48,5), lise (%25), fakülte mezunu ise ancak (%14) olarak tespit edilmiştir (89). Malatya da Özfirat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin (%20,7)'sinin annelerinin okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin yarısına yakınının (%46,9) ise anneleri okuryazar veya ilkokul mezunudur. Bu çalışmada Öğrencilerin (%28,2)'sinin annesi lise mezunu iken ancak (%4,2)'sinin ise yüksek okul ve üniversite mezunudur. Araştırmamıza göre Van bölgesinde lise son sınıf öğrencilerin anneleri çoğunlukla okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda cinsiyete bakılmaksızın inceleme yapıldığında anneleri üniversite mezunu olanların oranı sadece (%5,1)'dir. Bizim çalışmamızda okuryazar olmayan

anne oranlarının (%43,9) yüksek olması Van bölgesinin diğer batı bölgesindeki illerine göre sosyoekonomik ve kültürel açıdan kısıtlı olduğunu düşündürmektedir.

Malatya da Özfırat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek ve kız öğrencilerin annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımı farklılık göstermiş. Kız öğrencilerin (%38,2)'sinin annelerinin okuryazar olmadığı erkek öğrencilerin ise (%68,2)'sinin annelerinin okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmamıza göre Van bölgesinde cinsiyeti kız olan lise son sınıf öğrencilerin de anne öğrenim düzeyi erkek öğrencilere oranla daha yüksektir ($p<0,001$) (tablo 16). Bizim çalışmamızda benzer olarak erkek ve kız öğrencilerin annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımı farklılık göstermiştir. Kız öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna ilişkin genel çoğunluk ilkokul mezunu (%34,3) ve okuryazar olmayan (%26,8) seçeneklerinde toplanmıştır. Erkek öğrenciler incelendiğinde genel çoğunluk okuryazar olmayan (%50) ve ilkokul (%25) seçeneğinde toplanmıştır. Cinsiyet gözeterek yapılan incelemede kızların (%11,1)'inin erkeklerin ise sadece (%3)'ünün annesi üniversite mezunudur.

Çalışmamızda, lise son sınıf öğrencisinde depresyon ile anne öğrenim durumu incelenmiştir. Depresif belirtileri yüksek ($BDÖ>17$) olan öğrencilerin 29'unun (%41,4) annesi lise veya daha yüksek öğrenim durumuna sahipken 17'si (%35,4) ortaokul, 38'i (%33,6) ilkokul, 57'si (%31,5) okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre anne öğrenim durumu öğrenim düzeyleri arttıkça öğrencideki depresyon sıklığında artış olmaktadır. Annenin öğrenim düzeyi ile öğrencideki depresyon ilişkisi açısından yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı farklılık tespit edildi (tablo 54)

Malatya da Özfırat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada babaları okuryazar olmayan kız öğrencilerin oranı (%21,6) iken ilkokul (%43,7) ortaöğretim (%48,4) yüksekokul ve yüksek lisans mezunu ise (%45,8) olarak bildirilmiştir. Benzer olarak Van bölgesinde bizim araştırmamıza katılan öğrencilerde baba eğitim durumlarına bakıldığında öğrencilerin 75'inin

(% 18,2) babalarının okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Kızların 9'unun (%12) babalarının okuryazar olmadığı, 22'sinin (%21,3) İlköğretim mezunu, 15'inin (%22,4) ortaöğretim mezunu, 28'inin (%34,1) lise mezunu ve 34'ünün (%41,5) üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin baba eğitim durumları incelendiğinde baba eğitim seviyesi yükseldikçe kız çocukların okula gitme oranı artmaktadır (tablo 5).

Anakarada 12 yaşından büyük çocukları olan anneler üzerinde yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin %7,1'inin kız öğrencilerin ise %4,5'unun ebeveynleriyle meslek seçimi konusunda çatışma yaşadığı tespit edilmiştir (147). Araştırmamıza göre Van bölgesinde meslek seçimi konusunda lise öğrencisinin ebeveyn ile çatışma yaşama cinsiyetle ilişkisi yoktur ($P=0,05>$) Bizim çalışmamızda Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf Öğrencilerinden %25'inin anne babasıyla meslek seçimi konusunda çatışma yaşadığı %75'inin ise çatışma yaşamadığı tespit edildi. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinden ailesiyle çatışma yaşayanların %33,4'ü erkek ve %29,6'sı ise kızdır. Benzer olarak bizim çalışmamızda da Erkek öğrencilerde (%33,4) kız öğrenciler arasında anlamlı farklılık saptanmadı (tablo 33).

Ş.Türkleş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailenin aylık gelirine göre aylık gelirlerini “kötü” olarak değerlendiren öğrencilerin depresyon puanları en yüksek ve gruplar arasındaki farkın da anlamlı olarak tespit edilmiştir. Bostancı ve arkadaşlarının çalışması (2005) da bu bulguları destekler niteliktedir. Fakat Kaya ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada 2007 yılında Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ailenin gelir düzeyi ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (110). Oysaki düşük sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan kadınlarda ve iş yaşamları ile ilgili stres yaşayan erkeklerde depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, bu aile ortamında yaşayan çocuklarda da depresyon oranı yükseleceği bildirilmiştir (Tuğrul 2000). Araştırmamızda meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinde ailenin gelir toplamı

ile anksiyete, depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği depresyon arasında ilişki yoktur (tablo 20,21). Kaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da Van bölgesinde bizim yaptığımız çalışmaya benzer şekilde lise öğrencilerinde ailenin gelir toplamı ile depresyon arasında anlamlı farklılık tespit etmemişlerdir. Üniversite sınavlarına hazırlanan adaylarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok yüksek olduğunu, gösteren araştırmalar vardır (111,112). Bu durum çalışmamızın üniversiteye giriş sınavına yakın bir zamanda ve meslek seçiminde bulunacak öğrencilerde yaptığımız düşünülürse meslek seçimi, sınav kaygısı vb. gibi faktörlerin öğrencinin daha ön planda olmasıyla açıklanabilir.

Yaptığımız araştırma sonucuna göre çalışmamızı yaptığımız öğrencilerin %27,2'si öz kısıyımı bir şekilde düşünmüştür. Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete ve depresif duygu durum düzeylerini, öz kısıyım girişimi ve zararlı alışkanlıkların sıklığını belirlemeyi amaçlayan Mardin çalışmasında öğrencilerin(%36,3)'ü daha önce öz kısıyımı düşündüğü, %1,8'i bir kez denediğini, %17,4'ü gelecekte umutsuz olduğu tespit edilmiştir (113). İsveç'te çocuk ve adolesanlar üzerinde 2003 yılında The Seasonal Pattern Questionnaire (SPAQ) ölçek kullanılarak yapılan bir araştırmada Öğrencilerin üçte birinden daha fazlası ölümü düşündüklerini fakat sadece %2,2'si kesin intihar saplantılarının olduğu görülmüştür (114). Bizim çalışmamızda Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde 'Fırsat bulsam kendimi öldürürüm' şeklinde kesin intihar saplantılarının olduğu öğrenci oranı (%5,6)'dır. Sonuçlara bakıldığında Van bölgesinde öğrencilere verilecek psikososyal desteğin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Dube ve arkadaşları yaşam boyu en az bir kez öz kısıyım girişiminde bulunma sıklığını %3,8 oranında bulmuşlardır. Çocukluk çağında fiziksel, cinsel ve duygusal açıdan örseleyici yaşantılara maruz kalmanın yaşam boyu öz kısıyım girişimi riskinde 2-5 kat artış oluşturduğunu belirtmişlerdir (115). Öz kısıyım oranı depresyonlu hastalarda yüksektir (116). Öz kısıyım girişimi sonucu olum oranı (%15) olan ve öz kısıyım sonucu ölümlerin yaklaşık %50'sinden

sorumlu olan MDB olup toplumsal maliyeti oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Angst 1992). Araştırmamıza göre; hafif depresyonu olan 108 (%26,2), orta derecede depresyonu olan 94 (%22,8), ağır depresyonu olan 58 (%14,1) öğrenci tespit edilmiştir. Bu öğrencilerden öz kıyım oranı ağır depresyonu olanlarda artmaktadır. Bizim çalışmamızda depresyonu olmayan öğrencilerin 2'sinin (%1,3), depresyonu hafif veya minimal düzeyde olanların (BDÖ 10-16) 3'ünün (%2,8), orta derece depresyonu (BDÖ>17) olanların 4'ünün (%4,25), ağır depresyonu (BDÖ>30) olan öğrencilerin 14'ünün (%24,1) ise 'fırsat bulsam kendimi öldürürüm' şeklinde saplantıları olduğu tespit edilmiştir.

Bir çalışmada yüksek doz ilaç olarak öz kıyım girişiminde bulunan kişilerde işsizlik, bütünlüğü bozulmuş aile üyesi olma, anne eğitiminin lise ve üstü düzeyde olması, arkadaşsızlık, karşı cinsten biriyle problemlili arkadaşlık, sigara içme, bazı derslerden sınavlardan başarısızlık daha fazla bulunmuştur (34). Bizim çalışmamızda ise Van bölgesinde anne eğitim düzeyi ile öz kıyım düşüncesi arasında zayıf ilişki ($p=0,057$) saptanmıştır. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak öğrencinin rehberlik desteğinden fayda görüp görmemesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olup olmaması, meslek seçiminde ilgi ve yeteneklerini dikkate alıp almaması, anne ve babasından birinin ölümü olup olmaması ile öz kıyım düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu faktörler ışığında öz kıyım düşünce ve girişimlerini azaltılması için öğrencilere psikososyal desteğin daha da artırılmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Adewuya ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında %5,6 oranında minör depresyon %2,7 oranında majör depresyon (MDB) bildirilmiştir. Türkiye de yapılan bir çalışmada depresyonun yaygınlığı ergenlik öncesi dönemde %2, ergenlik döneminde %5 olarak bildirilmiştir (Fidan er 1998). Görker ve arkadaşlarının çalışmasına (2004) göre ergenlerde depresyon görülme oranı (%8.89) olarak bulunmuştur. Bostancı ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) 16-18 yaş grubundaki öğrencilerde (%26,2) oranında depresyon olduğu

görülmüştür. Ülkemizde Öner ve arkadaşları (2004) Mersin çıraklık eğitim merkezi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada depresyon sıklığını (%18,6), Kuğu ve arkadaşları (2000) ise Sivas'ta sanayide çalışan çocuklarda (%10,9) olarak bulmuşlardır. Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinin 141'inde (%34,2) depresyon bulunmaktadır. Bu durum meslek seçiminde bulunma ve sınav kaygısının öğrencilerin sanayide çalışma gibi depresyon üzerinde rol oynayan ağır bir faktör durumundan bile daha önemli olduğu düşünülebilir. Benzer çalışma bulguları ile çalışmamızı kıyasladığımızda bu örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin depresyon oranlarının sanayide çalışan çocuklara oranla da yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyet ayrımı yapılmaksızın bulgularımıza en yakın olarak literatürde Mardin il merkezinde 6 lisenin son sınıf öğrencilerinden toplam 444 öğrencide yapılan araştırmada Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif bozukluk (%37) olarak tespit edilmiştir (113).

Depresyon epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğudur (Adewuya et al 2006, Ackard et al. 2006, S türkeleş ve ark. 2008, Ertem ve Yazıcı 2006, Ergene T ve ark 2004, Öner ve ark. 2004 Ünal ve ark. 2002, Kaplan ve ark. 1995). Hormonsal farklılıklar, toplumsal değer yargıları, farklı stresörlerle karşı karşıya kalmak bayanlarda depresyon yatkınlığını arttırdığı bilinmektedir (Doğan 2000). Verilen çalışmalar ve bilgiler bulgularımızı destekler niteliktedir. Ertem ve Yazıcının (2004) lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada kız öğrencilerde ağır depresyon görülme oranı (%9,6), erkek öğrencilerde (%5,4) olarak saptanmıştır. S.Tükleş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin 126'sında (%19,9) depresyon bulunmuştur ve depresyon puan ortalamalarının da 13.48 ± 6.56 olduğu saptanmıştır. Kızlarda depresyon toplam puanı 14.26 ± 6.26 , Erkeklerde ise depresyon toplam puanı 12.65 ± 6.77 olarak tespit etmişlerdir. Depresyonla anlamlı derecede ilişkisi olan faktörler, öğrencilerin kendilerini yalnız hissetmeleri, kendilerine

güvenememelerini olarak tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kendi cinsleri ve karşı cins ile arkadaşlık kurmada güçlük çekme, duygularını ifade etmede güçlük çekme, sigara, alkol kullanma ve kronik sağlık sorunlarının olması gibi problemler de anlamlı farklılık saptamışlardır. Araştırmamıza göre Van bölgesinde lise son sınıf öğrencilerinde depresyon sıklığı kızlarda daha yüksektir. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinden kızların (%48,1)'inde erkeklerin ise (%29,3)'ünde depresyon düzeylerinde yükseklik tespit edilmiştir. Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencileri cinsiyet gözeterek incelendiğinde kızların (%21,3)'ünde ağır depresyon erkeklerin ise (%11,5)'unda ağır depresyon bulunmuştur. Yüksek puanın psikolojik yardıma gereksinimi olan öğrencilerin tanınmasına ve ayırt edilmesinde önemli ipucu olacağı düşünülmektedir. Depresyon için görüldüğü gibi değişik yaygınlık oranları bildirilmiştir. Muhtemelen bu farklılık değişik örneklem grupları ile çalışılmasından, değişik ölçütlerin ve tanı araçlarının kullanılmasından kaynaklanmaktadır (116).

Özdel ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada farklı olarak cinsiyetin, öğrencilerin kaldıkları yerin ve yaşlarının Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar açısından herhangi bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Malatya da Özfirat ve arkadaşlarının Öğrencilerin geldikleri yer statüsü ile depresyon belirtisi gösterme durumu dağılımları incelendiğinde; il merkezi kökenli olan 830 (%69,1) öğrencinin (%46,6)'sının. İlçe merkezi kökenli olan 140 (%11,7) öğrencinin(%57,1)'inin ve köy kökenli olan 231 (%19,2) öğrencinin ise (%43,3)'ünün depresyon belirtisi gösterdikleri bulgulamışlardır. Araştırmamıza göre ilçe merkezi kökenli olanlar il merkezi kökenli olanlar arasında Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar açısından farklılık yoktur. Bizim çalışmamızda Özdel ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinden il merkezi kökenli olanların 113'ünde (%33,9) depresyon düzeylerinde

yükseklik saptanırken, İlçe merkezi veya köy kökenli olanların 28'inde (%35,5) depresyon saptandı. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık saptanmadı (tablo 18).

Ünal ve arkadaşlarının çalışmalarında (2002) depresyon tanısı konmuş bireylerde kronik hastalık bildiriminin yüksek olduğu belirlenmiştir. S.Türkleş ve ark, kronik sağlık sorunlarının olup olmaması ile depresyon puanları arasında da anlamlı bir fark bulmuşlardır. Bu sonuçlar bulgularımızı destekler niteliktedir. Ayrıca bu bulgular bize uzun süren hastalık durumlarının yeti yitimine yol açarak birey üzerinde anksiyete, anksiyetenin eşlik ettiği depresif etki rol aldığını düşündürmektedir. Araştırmamıza göre lise son sınıf öğrencilerinde kendisinde kronik hastalık olan öğrencilerde anksiyete, depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği depresyon sıklığı yüksektir. Bizim çalışmamızda kendisinde kronik hastalık olmayanlarda anksiyete toplam puanı $13,8 \pm 12,9$ olduğu öğrencinin kendisinde kronik hastalık olanların $21,8 \pm 13,5$ olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda anksiyetenin eşlik ettiği depresyon olan 92 öğrenci tespit edilmiştir. Bu öğrencilerin 64'ünde (%70,6) anksiyete ve depresyon düzeyleri (BDÖ ve BAÖ>17) yüksek olarak tespit edilmiştir (Tablo48). Hastalık öyküsü ile depresyon semptomu gösterme arasında ilişki bulunması ergenlerin hastalıklara karşı dayanıksız oldukları ve strese maruz kaldıklarını göstermektedir. Bedensel hastalığı olanlarda başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların yüksek oranda görüldüğü ve ruhsal bozukluklarında bedensel hastalıkların seyrini olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir (117,118).

Ülkemizde S. Türkleş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada demokratik aile yapısına sahip öğrencilerin depresyon düzeyleri en düşük (12.26 ± 5.90) ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Ertem ve Yazıcının (2006) lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ailesi baskıcı tutum sergileyen çocuklarda ağır depresyon oranı özgür-demokrat tutum sergileyenlere göre yüksek tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız bu bulguları destekler niteliktedir. Demokratik- özgürlükçü aile yapısına sahip öğrencilerin depresyon

ortalama puanları $13,9 \pm 12,4$ ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) Çalışmamızda Van bölgesinde Anne ve babası baskıcı, disiplinsiz veya tutarsız tavırlar sergileyen meslek seçiminde bulunan öğrencilerin depresyon yönünden risk taşıdıkları görülmüştür. Lise son sınıf öğrencilerinden 239'unun (%58) aileleri demokratik-özgürlükçü bir tutum içinde olduğu saptandı. Aileleri demokratik-özgürlükçü olan ailelerin 40'ında (%16,7) anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik saptanırken aileleri baskıcı bir tutum içinde olan ailelerde yetişen öğrencilerde ise anksiyete veya depresyon düzeylerinde yükseklik saptanan 23 (%34,3) öğrenci tespit edilmiştir (tablo 31).

Meslek seçiminde bulunacak lise son sınıf öğrencilerinde dershaneye katılımla depresyon ilişkisi incelendiğinde dershaneye katılmama ile depresyon sıklığı artmaktadır. Öğrencilerde dershaneye katılım durumuyla ilgili olarak depresyon düzeylerinde ($BDÖ > 17$) anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Anksiyete düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmaması bize dershaneye katılımın öğrencideki anksiyete belirtilerinden çok depresif belirtiler üzerinde etkili faktör olduğunu ortaya koymuştur. Van bölgesi için dershaneye katılımın öğrencide motivasyon yanında psikososyal destek sağlayabileceğini söyleyebiliriz.

Bizim çalışmamızda depresyon toplam puan karşılaştırmasında kızların depresyon toplam puanı $17,7 \pm 12,4$ olduğu erkeklerin ise $14,4 \pm 12,9$ olduğu tespit edildi. Kızlarla erkekler arasında depresyon toplam puan karşılaştırmasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Depresyonla anlamlı derecede ilişkisi olan faktörler, cinsiyet, ikamet bölgesi, anne ve babanın rehberlik alıp almaması, anne babanın tutumu ve öğrencide var olan tıbbi bir hastalık gibi faktörler ön planda tespit edilmiştir. Ayrıca öğrencinin meslek seçimi konusunda kendisini yeterli bilince olmaması, anne baba arasında meslek seçimi konusunda çatışma yaşaması, anne ve babanın tutumlarının demokratik-özgürlükçü olmaması ve dershaneye katılmaması da etkili faktörler olarak tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Lung tarafından 2000 yılında Los Angeles, California Üniversitesine devam eden son sınıf öğrencileri üzerinde kuşaklar arası çatışmayı

inceleyen bir çalışmada; Çerkez ailelerin “konuşarak ve yardım sever bir tavır” sergileyerek sorunlara yaklaştığı, Çin-Amerikalı ailelerin ise daha çok “yasaklama, suçlama, ayıplama ve fiziksel saldırı” yoluyla olaylara yaklaştığı saptanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği ile ABD’de 1990 yılında 14–17 yaş 5596 lise öğrencisinde 1996 yılında Finlandiya’da 1656 üniversite öğrencisinde ve Columbia’da 14–16 yaş 150 öğrencide depresyon sıklığının kızlarda daha yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir. Diagnostic Interview for Children and Adolescents tanı ölçeği ile yapılmış bazı çalışmalarda da bu çalışma ile uyumlu olarak kız öğrencilerde depresyon sıklığının daha yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir (119). İsveç’te çocuk ve ergenler üzerinde 2003 yılında The Seasonal Pattern Questionnaire (SPAQ) ölçek kullanılarak yapılan bir araştırmada 17–18 yaşlarda kız öğrencilerde depresyon semptomları (% 25,5), erkek öğrencilerde (%13,8) oranında bulunmuştur. İtalya’da bir okulda yaşları 8 ile 17 arasında değişen 685 öğrenciye Children Depression Inventory (CDI) ölçeği kullanılarak depresif semptomları tespit etmek amacıyla yapılan araştırmada öğrencilerin %10’ undan daha fazlası kliniksel eşik değerden daha yüksek puan almışlardır.

Yapılan bir çalışmada anne veya babanın kaybı sonrasında depresyona yakalanma riskinin %20 oranında olduğunu, özellikle de 11 yaştan önce olan kayıplarda riskin daha da arttığı ifade edilmektedir (Rothschild 1999). Araştırmamıza göre anne veya baba ölümü (yakın zamanda olmayan) depresyon sıklığında farklılık tespit edilmezken anksiyete sıklığında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anne veya baba ölümü olan 48 öğrenciden 19’unda (%39,6) depresyon düzeylerinde yükseklik (BDÖ>17) tespit edilmiştir (P=0,05>). Anne veya baba ölümü olan 48 öğrenciden 24 ‘ünde (%50) anksiyete düzeylerinde yükseklik (BAÖ>17) saptanmıştır (p<0,05).

Anksiyete epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı anksiyete sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğudur (Günay O. ve ark.2008, Ceylan A. ve ark.2003, Soylu Ö. 2002, Jones AY, Dean et al 2002, Hocaoğlu Ç ve ark 2001). Gelecekle ilgili belirsizlikler ve sorunlarla karşılaşabilme düşüncesi, bireyin anksiyetesini artırabileceği için, sınav öncesi dönemlerde de anksiyetenin artması beklenen bir durumdur. Anksiyetenin yaşamın her döneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların anksiyete sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir (120). Günay O ve ark. Lise öğrencilerinde yaptıkları araştırmada durumluk anksiyete puanı ortalaması $42,7\pm 12,0$, sürekli anksiyete puanı ortalaması ise $43,9\pm 9,0$ olarak bulundu. Durumluk anksiyete puanı, Anadolu lisesi öğrencilerinde genel lise öğrencilerinden daha yüksek bulundu. Kız öğrencilerin hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanları daha yüksek tespit etmişleridir. Çalışmamıza göre Van bölgesinde meslek seçiminde bulunacak kız öğrenciler erkek öğrencilere oranla daha kaygılıdır. Kızların %43,5'unda erkeklerin ise %32,9'unda anksiyete düzeylerinde yükseklik saptanırken cinsiyet ayrımı yapılmaksızın lise son sınıf öğrencilerinin %35,7'sinde anksiyete düzeylerinde yükseklik görülmüştür. Kızların daha duygusal bir yapıya sahip olmalarının yanı sıra, aile içerisinde ve toplumda kız öğrenciler üzerinde daha fazla baskı olmasının kız öğrencilerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Verilen çalışmalar ve bilgiler bulgularımızı destekler niteliktedir.

Van bölgesinde Meslek seçiminde bulunan lise son sınıf öğrencilerinin 147'sinde %35,7 anksiyete bulunmaktadır. Çalışmamıza göre Van bölgesinde anne ve babası internet ve televizyondan yararlanmak dâhil meslek seçimi konusunda aldıkları rehberlik, seminer ve panel şeklinde eğitimlerle ilişkili daha az oranda anksiyete ve depresyon düzeylerinde yükseklik tespit edilmiştir (tablo 56). Van bölgesinde lise son sınıf öğrencileri yanında anne babalarının da meslek seçimi konusunda rehberlik eğitimi almaları gereklidir. Ayrıca

mesleğinin lise öğrencilerine tanıtımının profesyonel kimliğe sahip meslek üyeleri tarafından gerçekleştirilmesi, öğrencilerin seçtikleri meslekleri daha bilinçli seçmelerine ve meslek seçiminden sonra bölümlerine ve mesleklerine uyumunu kolaylaştıracaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de, yüksek öğretime geçme aşamasında yapılan ve öğrencilerin geleceklerini önemli ölçüde etkileyen üniversite Seçme Sınavı, önemli bir anksiyete kaynağı olabilecek özelliktedir. Bu nedenle, lise son sınıfta okuyan öğrenciler önemli bir risk grubudur. Doğru mesleği seçmenin yolu bireylerin seçimlerini yetenek ve ilgilerine göre yapmalarından geçmektedir. Seçimini bu şekilde gerçekleştiren bireyler seçtikleri alanda daha başarılı, meslek seçimi ve yaşantılarında ise daha az kaygılı olurlar.

Aile hekimi bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibi olduğu bilinmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimleri tarafından meslek seçiminde bulunacak öğrencilere ve ailelerine de bu döneme özgü ruhsal değişikliklerle ilgili bilgi verilmesi önerilebilir. Böylece ikinci basamakta yığılma önlenir, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir (5,6).

Etkili bir iletişim, aile bireylerinin karşılıklı olarak birbirlerinin düşüncelerini ve duygularını anlamalarını sağlayarak, işbirliği, yardımlaşma ve paylaşma davranışlarına yol açtığından; çocukların gelişmesi için uygun bir ortamın oluşmasına neden olur. İyi bir iletişimin gerçekleştiği aile ortamında çocuklar daha özerk ve bağımsız bir kişilik geliştirirler. Düşüncelerini ve duygularını açıklama özgürlüğü ve alışkanlığı kazanırlar. Buna karşılık etkili bir iletişimin oluşturulmadığı aile ortamında çocukların gelişimi engellenir ve özgürce düşünemeyen, düşüncelerini ve duygularını açıkça dile getiremeyen bağımlı birey olurlar. Gelecekteki yaşantılarında çeşitli sorunlarla ve uyum güçlükleriyle karşılaşır (Çopur, Şafak, 2000). Ayrıca bilgi kaynaklarının öğretilmesi, rehberlik eğitimlerin daha sık yapılması öğrencilerin yanı sıra öğrencilere yönelik rehberlik eğitimlerinin veriminin daha da artırılması

önerilebilir. Okullarda ve dershanelerde öğrencilerin derslerinin yanında sosyal olarak da gelişmelerini sağlayacak olanakların artırılması önerilebilir.

Eğitim kurumlarında çalışan rehber öğretmenler ve aile hekimleri tarafından öğrencilere yönelik psikolojik yardım olanağı sağlanmalıdır. Öğretmen-aile hekimi, aile ve öğrenci arasında olumlu, yapıcı, destekleyici ilişkiler kurulması, okullarla meslek temsilcilerinin davetlerinin daha yapılarak seminer ve paneller düzenlenmelidir. Meslek seçiminde bulunacak öğrencilerin aile hekimleri tarafından ruhsal açıdan daha dikkatli değerlendirilmesi okullardaki seminer veya panel veya rehberlik eğitimlerinin aile hekimleri ile beraber yönetilmesi önerilebilir. Meslek seçiminde öğrencideki kaygı ve kaygıya bağlı duyu durum belirtilerinin azaltılması ve öğrencinin hayatına yön verecek sağlıklı bir seçim yapması sağlanabilir.

Bizim örneğimiz farklı olarak meslek seçiminde bulunacak, sınav dönemine yakın ve sadece lise son sınıf öğrencilerini kapsamıştır. Depresyon konusunda çocuk ve ailelerinin bilgilendirilmesi, bu çocukların meslek seçimi konusunda farkındalık kazandırılmasında aile ile birlikte ortak işbirliği yapılması büyük önem taşımaktadır. Anne-babalar gençlerle meslek seçimi konusunda empati kurarak onu anlamaya çalışır ve gencin bazı davranışlarına hoşgörü ile yaklaşırlarsa bu sorunlar çözümlenecek, uygun meslek seçimi mümkün olacaktır. Bu konularda gerek ebeveyne gerekse gençlere örgün ve yaygın eğitim kapsamında sürekli eğitim verilmelidir. Ebeveynlerin başarısız yönlendirmeleri de çatışmalara neden olacağından, ebeveynler gençlere güvenli, sıcak ve etkili bir ortam yaratarak, çocuklarının yeni fiziksel, bilişsel ve sosyal potansiyellerinin keşfinde onlara yardımcı olunmalıdır. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerinde aile hekiminin bütüncül yaklaşımı göz önüne alındığında birinci basamak hekimliğinde meslek seçiminde bulunacak ve sınav kaygısı olan öğrenciler ve etkin faktör olan ebeveynlere, psikososyal destek sağlamalıdır. Bu bağlamda Aile hekimliği kliniklerinde bilişsel ve davranışçı tedavinin yer alması depresyon ve anksiyete gibi sık

görülen psikiyatrik hastalıkların tedavisinin yapıp etkin bir şekilde yönetilebilmesi için çalışmaların yapılması önerilebilir.

Bu çalışma Van bölgesi lise son sınıf öğrencileri ile sınırlıdır. Mesleki rehberlik konusunda ayrıntılı programların yapılabilmesi için yeterli bilgi edinilmesi amacıyla çalışma diğer bölgelerde meslek seçiminde bulunan öğrenciler ile tekrarlanabilir.

7. ÖZET

Lise son sınıf öğrencileri, eğitim dönemlerinin sonunda gelecekteki mesleki yaşamları ile ilgili bir takım kaygılarla karşı karşıyadır. Bu aşamada, lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete ve depresyon bozukluğu belirtisi gösterme sıklığını ve bu durumun bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık. Bu tezin bir diğer amacı ise Van'da lise son sınıfta okuyan öğrencilerin meslek seçimlerini etkileyen sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmaktır.

Bu bağlamda; araştırma 2011 yılı ikinci yarısında Van il merkezinde yapıldı. İstatistiksel analiz için Student t testi ve tek yönlü Anova testi kullanıldı. Toplam 412 öğrenciye Sosyodemografik Bilgi Formu, Meslek Seçimi Farkındalık Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı.

Meslek seçimini etkileyen faktörlerin sayısız çeşidine rağmen temelde çevresel koşullardan aile, ailenin iş olanakları, ekonomik ve eğitim düzeyi, öğrencinin doğup büyüdüğü yerleşim birimi, iş olanakları, mesleğin getirdiği maddi kazanç, mesleğin ilgi ve yeteneklere uygun olması gibi etkenlerin belirleyici olduğu gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada BAÖ puanı ortalaması ve BDÖ puanı ortalaması sırasıyla $15,4 \pm 13,3$ ve $15,3 \pm 12,8$ olarak bulundu. BAÖ puanı, Anadolu lisesi öğrencilerinde genel lise öğrencilerinden daha yüksek bulundu. Kız öğrencilerin hem BAÖ hem de BDÖ puanları erkeklerden daha yüksek bulundu. Öğrencilerin yaş ortalaması 16,8 yıldır, %73,8'i erkekti ve %95'i anne babası ile birlikte kalıyordu. Babalarının %18,2'si, annelerinin %43,9'u ilkököl ve üstü eğitim düzeyindeydi. %58'inde BAÖ, %66'sında BDÖ puanı 41 ve üstündeydi, %37'sinde BDÖ puanı 17 ve üstündeydi. BAÖ puanları kız öğrencilerde daha yüksekti. BDÖ ve BAÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı ($p < 0.001$).

Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine ve hastalıkla ilgili yaşantılara uyum göstermesine yardım edebilir. Bu tekniklerden

bazıları aile hekimliği biriminde okulda, evde, iş ortamında uygulanabildiği gibi, boş zaman etkinliği olarak da uygulanabilmektedir. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri, bireyin uyumsal olmayan davranışlarını değiştirmek ve sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla aile hekimleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir.

Sonuç olarak, öğrencilere psikolojik değişiklikler ve meslek seçimi hakkında danışmanlık ve etkin bir rehberlik hizmeti verilmelidir.

SUMMARY

Final year high school students face a number of stressors about future career, at the end of their training. In this stage, we aimed to investigate the relationship between prevalence of anxiety and depressive disorder symptoms and some sociodemographic variables in the final year high-school students. Another aim of this study was to determine the socio-economic and cultural factors which affect choosing professions among the high school senior students in the province of Van.

In this context, the study was performed in the provincial centre of Van in the second semester of 2011. Unpaired t test and one way Anova test were used for statistical analysis. Sociodemographic Information Form, Awareness of Career Choice Form, Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI) were applied to a total of 412 students.

Though a number of factors to choose professions, basically the environmental conditions like family, job opportunities, the economic and education level of the family, the living area, the income level of professions, suitability of professions to the interests and abilities of the students etc. are seen as determinants.

In this study BAI and BDI scores were $15,4 \pm 13,3$ and $15,3 \pm 12,8$ respectively. BAI scores of the students in Anatolian high school were found higher than the normal high school. Both the anxiety and depressive levels of female students were higher than the males. The mean age was 16,8 years, 73,8% of whom were male, and 95% were living with their parents. 18,2% of their father and 43,9% of their mother had at least primary level of education. In 58% of the students' BAI point, in 66% BDI point were $41 \leq$; and in 37% BDI point were $17 \leq$. Female students had higher BAI points. There was a positive correlation between BAI and BDI points ($p < 0.001$).

The techniques of cognitive behavioral therapy can individual's personal growth by expanding their coping skills some of these techniques can also be applied to at the family medicine clinic, school, home, work, etc. and as leisure activities.

In conclusion, these students should be counseled about the psychological changes occurring and choice of occupations an efficient guidance services should be provided.

8. EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

AÇIKLAMA:

Sayın katılımcı; Sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bu çalışma aile hekimliği uzmanlığı tez çalışmasında kullanılacaktır. **Sorulara verilen cevaplar tamamen gizli tutulacaktır.** Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. Adı soyadı (istemiyorsanız yazmayabilirsiniz):

2. Tel no (istemiyorsanız yazmayabilirsiniz):

3. Cinsiyeti:

(1) Bay (2) Bayan

4. Okul adı:

5. Okul türü:

(1) Genel lise (2) Meslek lisesi (3) Anadolu veya Fen lisesi
(4) Açık lise ve diğerleri

6. Şu anda bir dershaneye gidiyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

7. İkamet:

(1) Kırsal (2) Kentsel

8. Aile yapısı:

(1) Çekirdek (2) Parçalanmış (3) Geniş aile

9. Evde öğrenim gören kişi sayısı: (...) kişi

10. Kaç kardeşiniz:

(1) 5'ten çok (2) 3-5 arası (3) 1-2 arası (4) kardeşim yok

11. Anne Mesleği:

(1) Yok (2) Var

(Belirtiniz.....)

12. Baba Mesleği :

(1) Yok (2) Var

(Belirtiniz)

13. Annenizin eğitim durumu :

(1) Okuryazar değil (2) İlk (3) Orta (4) Lise (5) Y. Okul veya Üniversite

14. Babanızın eğitim durumu:

(1) Okuryazar değil (2) İlk (3) Orta (4) Lise (5) Y. Okul veya Üniversite

15. Ailenin toplam ortalama geliri:

(1) Kötü (2) Orta (3) İyi

16. Anne veya babanızdan hayatta olmayan var mı?

(1) Evet (2) Hayır

17. Evet, ise kim

(1) Anne (2) Baba (3) Anne – Baba

18. Sizde tıbbi hastalık var mı (ruhsal hastalıklar dâhil)

(1) Evet (2) hayır

19. Evet, ise belirtiniz :

(1) şeker hastalığı (2) yüksek tansiyon (3) madde kullanımı

(4) diğer(.....)

20. Ailede tıbbi rahatsızlık(ruhsal hastalıklar dâhil) :

(1)EVET (2) hayır

21. Evet, ise kim:

(1) Annem (2) Babam (3) Kardeşim

22. Evet, ise belirtiniz:

(1) şeker hastalığı (2) yüksek tansiyon (3) psikiyatrik hastalık

(4) diğer (.....)

EK-2

MESLEKİ SEÇİMİ İLE İLGİLİ ANKET

AÇIKLAMA:

Sayın katılımcı; Sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bu çalışma aile hekimliği uzmanlığı tez çalışmasında kullanılacaktır. **Sorulara verilen cevaplar tamamen gizli tutulacaktır.** Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1) Daha önce meslek seçimi konusunda rehberlik, seminer, panel vb aldınız mı?

1-Evet () 2-Hayır ()

2) Evet, ise Meslek tanıtımları konusunda yeterli bilgi aldığınıza, meslekleri yeterli ölçüde tanıdığınıza inanıyor musunuz?

1-Evet () 2- Hayır ()

3) Evet, ise Meslek/Alan seçimi konusunda yönlendirmeleri dikkate aldınız mı?

1-Evet () 2- Hayır ()

4) Evet, ise Meslek tanıtımları konusunda yeterli bilgi aldığınıza, meslekleri yeterli ölçüde tanıdığınıza inanıyor musunuz?

1-Evet () 2- Hayır ()

5) Meslek tercihlerinizde sizin için ilgi ve yetenekleriniz doğrultusunda mı tercih yapmak daha önemlidir, yoksa aldığınız puana göre tercih yapmak mı daha önemlidir?

1-Evet (Yetenek) () 2- Hayır (Puan) ()

6) Meslek tercihleri sürecinde sizin ilgi ve yetenekleriniz ölçüsünde yönlendirmede bulunan bir rehber öğretmen veya meslek danışmanının yönlendirmesi sizin tercihlerinizde etkili olur mu?

1-Evet () 2- Hayır ()

7) Meslek seçimin de bir rehber öğretmen veya meslek danışmanınızda yardım aldıysanız sizin tercihlerinizde ne kadar etkili oldu.

1 –Çok () 2- Az () 3 Orta () 4 –Hiç ()

8) Ekonomik ve sosyal etkenlerin ve beklentilerin dışında kendi ilgi ve yetenekleriniz neler olduğu ve hangi meslek gurubunda daha başarılı olabileceğiniz konusunda, kendinizi yeterli bilince sahip görüyor musunuz?

1-Evet () 2- Hayır ()

9) Meslek/alan seçerken seçtiğiniz meslek/alan ile ilgili olarak Anne ve babanız ile çatışma yaşadınız mı?

1-Evet () 2- Hayır ()

AÇIKLAMA:10- 11- 12-soruları aşağıdaki seçeneklere göre cevaplayınız.

1-Ailemin istek veya baskısı

5-Mesleğin ekonomik getirisi

2-İş olanakları

6-Okumanın bana ve aileme getireceği yük

3-Sosyal çevre

7-İlgi ve yeteneklerime uygunluğu

4-Mesleğin statüsü

8-Medyanın etkisi

10) Meslek tercihlerinizde bulunurken sizi aşağıdaki etkenlerden hangisinin daha çok etkileyeceğini düşünüyorsunuz? Öncelik sırasına göre belirtirseniz 1.derece etkili hangisi olur?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

11) Meslek tercihlerinizde bulunurken sizi aşağıdaki etkenlerden hangisinin daha çok etkileyeceğini düşünüyorsunuz? Öncelik sırasına göre belirtirseniz 2. derece etkili hangisi olur?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

12) Meslek tercihlerinizde bulunurken sizi aşağıdaki etkenlerden hangisinin daha çok etkileyeceğini düşünüyorsunuz? Öncelik sırasına göre belirtiniz. 3. derece etkili hangisi olur?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

13) Meslek tercihinde bulunurken alanınızdaki mesleklerin hangi özellikleri sizin tercihte bulunmanız için daha önemlidir?

1-kendi ilgi ve yeteneklerime uygun olması () 2-mesleğin kazancı ()

3-mesleğin sosyal statüsü ()

14) Beş veya on yıl sonra “Keşke başka bir meslek seçseydim” veya “Başka bir bölüm okusaydım” diye hayıflanmaktan korkuyor musunuz?

1-Evet () 2- Hayır ()

15) Okulunuzda, meslek temsilcilerinin davet edilerek, onlara meslekleriyle ilgili merak ettiğiniz konuları sorabildiğiniz seminer, panel ve oturum ve benzeri gibi bir etkinlik yapıldı mı?

1-Evet () 2-Hayır ()

16) Evet, ise katıldınız mı?

1-Evet () 2-Hayır ()

17) Anne ve babanızın sizin meslek seçiminde yaklaşım tarzını nasıl değerlendirirsiniz?

1-Demokratik () 2-Baskıcı () 3- Tutarsız () 4- İlgisiz ()

18) Anneniz veya babanız meslek seçimi konusunda herhangi bir panel seminer veya rehberlik adımı? Varsa belirtiniz.

1-Evet Panel-Seminer () 2-Evet –internet-televizyon () 3- Evet rehberlik ()

4-hayır ()

19) Meslek seçiminde ailenizin tutumu sizi kaygılandırıyor mu?

1-Evet ()

2-Hayır ()

EK-3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi** nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-4

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği seçerek belirleyiniz.

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

2. Sıcak / ateş basmaları

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

3. Bacaklarda halsizlik, titreme

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

4. Gevşeyememe

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

5. Çok kötü şeyler olacak korkusu

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

6. Baş dönmesi veya sersemlik

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

7. Kalp çarpıntısı

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

8. Dengeyi kaybetme korkusu

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

9. Dehşete kapılma

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

10. Sinirlilik

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

12. Ellerde titreme

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

13. Titreklik

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

14. Kontrolü kaybetme korkusu

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

15. Nefes almada güçlük

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

16. Ölüm korkusu

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

17. Korkuya kapılma

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

19. Baygınlık

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

20. Yüzün kızarması

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)

Hiç (0) Hafif (1) Orta (2) Ciddi (3)

9. KAYNAKLAR

1. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 5-13. 2007.
2. Kuzgun Yıldız. Meslek Danışmanlığı Kuramlar ve Uygulamaları. Nobel Yayıncılık, Ankara, 2000.
3. Bakır R. Ergenlik dönemine ilişkin roschach bulgularının klinik açıdan değerlendirilmesi: Doktora tezi, Ankara üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü psikoloji ad, Ankara 1986.
4. Sarıkaya T. Khorshid L. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 7: 393-423. 2009.
5. Nafiz BOZDEMİR, İ.Hamdi KARA Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi: p. 20-21. 2010.
6. Aydın S. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını; p 51-57. Ankara: 2004.
7. Türkiye Klinikleri J Med Sci 27: 567-576, 2007.
8. The European definition of General Practice/Family Medicine WONA Europe. WONCA Europe Office Publication; p 4-6, 7-43. Barcelona: 2002.
9. Barnett BL. From cradle to rocker: Providing care across the human life cycle. In: Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB, eds. Essentials of Family Medicine. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins Publications; 2002.
10. Çağlayaner H. Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İletişim Yayınları; p. 17-20, İstanbul: 1995.
11. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. baskı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara,1997.
12. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği p 449–526. Ankara: 1997.
13. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı. Ankara: 2001.
14. Yıldız Kuzgun, Meslek Rehberliği ve Danışmanlığına Giriş, Nobel Yayınları, s.3. Ankara,

2003.

15. Ali Püsküllüoğlu, Türkçe Sözlük, Arkadaş Yayınları, s.640 Ankara: 2003.

16. Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayını, No:549, Ankara,1988.

17. Bacanlı, F. Bir Mesleki Grup Rehberliği Programı ve Uygulama Klavuzu. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları. Ankara,1996.

18. Baysal, Ayşe çalışma yaşamında insan, Avcı ol Basım-Yayın, s:6. İstanbul,1993,

19. Yıldız Kuzgun, Meslek Danışmanlığı Kuramlar ve Uygulamalar, s.2. Ankara:2000.

20. Gordon ve Howel, 2001 aktaran Fındıklı). FİNDIKLI, Remzi, Mesleki kimlik olgusu ve Polislik Mesleğinin Özellikleri E. İbrahim Cerrah ve Emin Semiz Türkiye’de Suç Polislik, ss. 90-91 Ankara: 2001

21. Çam, O, Khorshid, L, Altuğ Özsoy, S. “Bir Hemşirelik Yüksekokulundaki Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi”, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 1: 33-40,2000.

22.Yıldız Kuzgun, Mesleki Rehberliğin Bireylerin Yetenek ve İlgilerine Uygun Meslekleri Seçmelerine Etkisi, Doçentlik Tezi, s.2-3. Ankara-1982.

23. Osman Özsoy, Değişen Dünyada Meslek Seçimi Geleceğin Meslekleri, Hayat Yay. s.47, İstanbul-2004.

24. Yıldız Kuzgun, Meslek Rehberliği ve Danışmanlığına Giriş, s.5. Ankara-2003.

25. A. Reo, Early Determinants of vocation choice. Jurnal of Counseling Psychology, 212-217. Aktaran Yıldız Kuzgun, Meslek Danışmanlığı Kuramlar ve Uygulamalar, s.12 Ankara-2003.

26.Yeşil Yaprak, Binnur, Eğitimde Rehberlik Hizmetleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara Mart 2006.

27. Hasan Tan, Psikolojik Danışma ve Rehberlik, Milli Eğitim Bakanlığı Yay. s. 122 İstanbul-1992.

28. KuzgunY, mesleki rehberliğin bireyin yetenek ve ilgilerine uygun meslekleri tanımlarına

etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, No:118,1982.

29. Hasan Tan, Psikolojik Danışma ve Rehberlik, s.133 İstanbul-1992.

30. Acar Baltaş, Öğrenme ve Sınavlarda Üstün Başarı, Remzi Kitapevi, s.36 İstanbul-1993.

31. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi, Üniversite Öğrencilerinin meslek seçimi, Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 7(2) 393-423. Khorshid ve Sarıkaya, 2009.

32. Secrest J.A. Norwood B.R, Keatly V.M, I was Actually a Nurse: the meaning of professionalism for baccalaureate nursing students. Journal of nursing education, 42(2):77-82, 2003.

33. Cook TH, Gilmer MJ, Bess CJ. Beginning Students' Definitions of nursing: An Inductive Frame work of Professional Identity. Journal of Nursing Education 42 (7):311-317,2003.

34. Arif AYTEKİN, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal bilimler Enstitüsü Sosyoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi meslek seçimini etkileyen sosyo- ekonomik ve kültürel faktörler Isparta örneği, 2005.

35. Meslek Rehberliği ve Danışmanlığına Giriş, Nobel Yayınları, s.6, Ankara-2003.

36. Aysel ÇOBAN Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: 6 Sayı: 10 Güz lise son sınıf öğrencilerinin mesleki olgunluk düzeyleri, 2005

37. Aktaran: Bekleyiş Fatmagül Öğrencilerin mesleki ilgi alanları ve ailenin meslek Seçimine etkisi Akhun, 1983.

38. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1. baskı;1998.

39. İnanç ve ark. "Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde Psikiyatrik Açıldan İncelenen Öğrencilerin Klinik ve Sosoyo demografik Özellikleri",Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5: 222-230. 2004.

40. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 13: 78-87 2003.

41. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev 20: 731–754. 2000.
42. Lee J, Graham A. V Student’s perception of medical school stress and their evaluation of a wellness selective. Medical Education 35: 652-659, 2001.
43. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 5 (Ek Sayı:1): 2002.
44. Tokar, D.M., Fisher, A.R., Subich, L.M. “Personality and Vocational Behavior: A Selective Review of the Literature”, 1993-1997. Journal of Vocational Behavior, 53-115,1998.
45. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği p: 449–526, Ankara1997.
46. Ressler KJ, Nemeroff CB Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. Depress Anxiety, 12 (suppl 1): 2-19. 2000.
47. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri,1999. p. 36–37
48. Koh KB Anger and somatization. J Psychosom Res, 55: 113, 2003.
49. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. Depress Anxiety 2002; 16 (4): 162–171.
50. Psikiyatri dünyası 1: 13-20 Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı Nevzat YÜKSEL ,1998.
51. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü baskı (DSM IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000’den Türkçeye çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: 2001.
52. Shear MK, Cooper AM, Klerman OL et al: A psychodynamic model of panic disorder. Am J Psychiatry tarih 150:859.
53. Başoğlu M Marks IM, Sengun S: A prospective study of panic and anxiety in agoraphobia with panic disorder. Br J Psychiatry 160: 57.
54. Office for Prevention and Health Services Assessment: Primary Behavioral Health Care

Services Practice Manual, Version 2. USAF Medical Operations Agency, 2002.

55. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tansal ve Sayımsal El kitabı dördüncü baskı (DSM- IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

56. Tamer Şuer Posttravmatik Stres Bozukluğu Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47.

57. Gersons BPR, Carlier VE: Post-traumatic stress disorders: The history of a recent concept. Br Pstchiatry 161:742.80.

58. Demir T. Çocuk ve ergenlerde sosyal fobi: epidemiyolojik bir çalışma. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, istanbul Üniversitesi istanbul Tıp fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, 1997.

59. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı. Ankara. 2001.

60. Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 52-61. 2007.

61. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 7: 47-58. 2003.

62. Ünal S, Özcan E Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 1: 41-47,2000.

63. Parker G, Roy K Adolescent depression: a review. Aust NZJ Psychiatry; 35: 572, 2001.

64. Solomon, M. R. Depresyon atlası, İstanbul Okuyan Us Yayınları;2005.

65. Küey L, Üstün TB, Güleç C: Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 44.12-16,6;1987.

66. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri 4: 147-153, 2001.

67. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Ankara, 1997.
68. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Sağlık Ocaklarında Çalışansallık Personelinde Spiel berger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 55: 21-28, 2002.
69. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
70. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), American Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E. (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
71. Ziyalar A,Affekt Bozuklukları, Erişkin Psikopatolojisi, içinde (s. 38–49). Yüce Reklam Yayın Dağıtım, İstanbul: 2006.
72. Sayar K, Güleç H, Topbaş M ve ark. (2003b) Bedensel Duyumlar Antidepresan Tedaviyle Azalır mı? 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Antalya, s.659. 14-19 Ekim 2003.
73. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med, 50: 510-19; 1988.
74. Koh KB (2003) Anger and somatization. J Psychosom Res, 55: 113.
75. Silverstein B. Gender differences of in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. Am J Psychiatry 156:480-2. 1999.
76. Silverstein B. Gender difference in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. 159:1051-2. Am J Psychiatry 2002.
77. Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı psikiyatri dünyası 1: 13-20 1998.
78. Stahl SM Mixed anxiety and depression; clinical implications. J Clin Psychiatry, 9 (suppl): 33-38;1993.
79. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer Sk, et all. The functioning and well-being of

patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*, 43(2):105-119, 1997.

80. Rickels K, Schweizer E: The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorders. *J Clin Psychopharmacol* 10: 15

81. Pollack MH, Otto MW, Roy-Byrne PP, Coplan JD, Rothbaum BO, Simon NM et al. Novel treatment approaches for refractory anxiety disorders. *Depress Anxiety* 25: 467-76, 2008.

82. Hoffman EJ, Mathew SJ, anxiety disorders, a comprehensive review of pharmacotherapies. *Mt Sinai J Med* 75: 248-262, 2008.

83. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol*; 27: 263-72, 2007.

84. Cassem EH: Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatry Clin North Am* 13: 597

85. Schneier FR: social phobia. *Psychiatr Ann* 21:349, 1991.

86. Zohar D, Zohar-Kadouch RC, Kindler S: Current concepts in the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders. *Drugs* 43:219, 1992.

87. Davidson J: Drug therapy of post-traumatic stress disorders. *Br J Psychiatry* 160:309, 1992.

88. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 50: 884-95, 1993.

89. Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Aklin T, editors, *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları: p.469-508, 2006.

90. Pande AC, Crockatt JG, Feltner DE, Janney CA, Smith WT, Weisler R et al. Pregabalin in generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 160:533-540, 2003.

91. Feltner D, Wittchen HU, Kavoussi R, Brock J, Baldinetti F, Pande AC. Long-term

efficacy of pregabalin in generalized anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 23: 18-28, 2008.

92. McDonough M., Kennedy N.: Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians, *Harv. Rev. Psychiatry* 10: 127-137,2002.

93. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS editors. *Generalized Anxiety Disorder*. New York; The Guilford Press, p. 77–108,2004.

94. Wells A, Carter K. Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 37: 585–94,1999.

95. Sted Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları – 2 Füsun Ersoy, Tamer Edirne, Timur F. Oğuz cilt 12, sayı 9,32- 2003.

96. Stuart GW. Cognitive behavioral therapy. GW Stuart, MT Laraia (eds.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, seventh ed., Philadelphia: Mosby, pp 658-673; 2001.

97. Moore K, Schmais L. *Practical Issues and Solutions, Living Well with Cancer*. USA, Penguin Putnam, 2001.

98. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Onuncubaskı, Ankara, Feryal Matbaası, s.685-711, 2004.

99. Karahan TF, Sardoğan ME. *Psikolojik Danışma Kuramlar*,2005.

100. Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması Meral Demiralp, Fahriye Oflaz, *Anatolian Journal of Psychiatry* 8:132-139, 2007.

101. Beck JS. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. N Hisli Şahin (çev. ed.), F Balkaya, A İlden Koçkar (çev. ed.), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.

102. Beidel, D.C. Christ, M.A.G& Long, P.J. Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 659-670. 1991.

103. Bierman, K. L. & Furman W. The effects of social skills training and peer involvement

- on the social adjustment of preadolescents. *Child Development* 55, 151-162. 1984.
- 104.** Blonk, R.B. Prins, P.M, Sergeant, J.A, Ringrose, J. & Brinkman, AG. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Socially Incompetent Children: Short-Term and Maintenance Effects with a Clinical Sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25,2, 215-224. 1996.
- 105.** Trigoboff E. Cognitive and behavioral intervenetions. CR Kneisl, HS Wilson, E Trigoboff (ed.), *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*, New Jersey, Pearson Education-Prentice Hall, p.707-723,2004.
- 106.** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7: 3-13, 1989.
- 107.** Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 12: 163-172, 1998.
- 108.** Gillett R, Pietroni PC. Depresyon (Türkçe Baskı). Çev. Ed. Kütevin Z. İnkılâp Kitap evi, 1990.
- 109.** Kaya M, Genç MF, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, Stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fak, Halk Sağlığı AD Yayınlanmış Uzm. Tezi. 18(2):137-46; 2006.
- 110.** Soylu Ö. Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Ailelerinden Sosyal Destek Algılayıp-Algılamama Durumlarına Göre Psikolojik Belirtiler Yönünden Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
- 111.** Rastad C, Ulfberg J. Sjoden P. High prevalence of self-reported depressive mood during the winter season among Swedish senior high school students. *Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 45(2): 231-8. 2006.
- 112.** Ekici G, Savaş AH. Tamamlanmamış intiharlarda iki önemli risk etmeni; fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji* 11: 168-73. 2001.

- 113.** Jones AY, Dean E, Lo SK, Interrelationships Between anxiety, lifestyle self reports and fitness in a sample of Hong Kong University students. 5(1): 65–71, Stres 2002.
- 114.** Angst J Epidemiology of depression. Psychopharmacology (Berl), 106: 71-74, 1992.
- 115.** Rothschild AJ Mood disorders. Harvard Guide to Psychiatry. Nicholi JR, editor. 3rd Edition. Cambridge: Harvard University Press; 281-307, 1999.
- 116.** Fidan F, Pala E, Ünlü M ve ark. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. Kocatepe Tıp Dergisi 6: 27-34, 2005.
- 117.** Ceyhun B: Depresyon monograşarı serisi - 5. Hekimler Yayın Birliği, Ankara:1993.
- 118.** Sampson SM, Mrazek DA: Depression in adolescence. Curr Opin Pediatr 13: 586-590,2001.
- 119.** Al Ansari AM, Hamadeh RR, Matar AM, Marhoon H, Buzaboony BY, Raees AG: Risk factors associated with overdose among Bahraini youth. Suicide Life Threat Behav 31: 197-206, 2001.
- 120.** Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabı 3. baskı. Evrim BasımYayım Dağıtım, p: 38–41, İstanbul:1990.
- 121.** Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara:1997.
- 122.** Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DördüncüBaskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), American Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlü E. (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara:2007.
- 123.** Ziyalar, A. Yüce Reklam Yayım Dağıtım. Affekt Bozuklukları, Erişkin Psikopatolojisi, içinde (s.38–49), İstanbul: 2006.
- 124.** Solomon, M. R. Depresyon Atlası, Okuyan Us Yayınları. İstanbul: 2005.
- 125.** Brown, D. “The Role of Work and Cultural Values in Occupational Choice Aktaran inönü üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin meslek Seçimini etkileyen faktörler, Gülten genç ve ark. 2002.

- 126.** Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer S (2003a) Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 25. 108-114, 2003.
- 127.** Sayar K, Güleç H, Topbaş M ve ark. (2003b) Bedensel Duyumlar Antidepresan Tedaviyle Azalır mı? 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, s. 659. Antalya, 14-19 Ekim 2003.
- 128.** Stahl SM, Mixed anxiety and depression; clinical implications. *J Clin Psychiatry*, 54(suppl): 33-38. 1993.
- 129.** WHO 2006 (<http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/definition>)
- 130.** Yang, E. Wong, S.C. Hwang, M. Heppner, M.J. "Widening Our Global View: The Development of Career Counseling Services for International Students". *Journal of Career Development*, 28 (3), 203-213;2002.
- 131.** Ünal S, Özcan E Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 1: 41-47, 2000.
- 132.** Parker G, Roy K Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry*; 35: 572, 2001.
- 133.** Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR Clinical Practice Guideline, Number 5. U. S Department of Health Services Public Health Services. AHCPR publication No: 93-0550, 1993.
- 134.** Nevzat YÜKSEL Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı psikiyatri dünyası;1: 13-20,1998.
- 135.** Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer Sk, et all. The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*, 43(2):105-119. 1997.
- 136.** Savrun, B. M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 11-17; 1999.
- 137.** Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-

depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 52-61,2007.

138. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 7: 47-58, 2003.

139. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri 4: 147-153, 2001.

140. Silverstein B. Gender differences of in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. Am J Psychiatry 1999;156:480-2.

141. Silverstein B. Gender difference in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. Am J Psychiatry 159:1051-2. 2002.

142. American Psychiatric Association (APA) (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Pres. Washington DC, 1994.

143. Mesleki ve teknik eğitimde yeniden yapılandırılma. Şimşek a 2004 http : // www. tusiad .org/yayın /görüş 36/html/sec10.html erişim: Şubat 2006.

144. J.L. Hoppok, Occupational Information, Third Ed. New York: Mc Grav Hill Book Co. Aktaran. Yıldız Kuzgun, Meslek Rehberliği ve Danışmanlığına Giriş, Nobel Yayınları, s.6 Ankara-2003.

145. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer S p: 38–41 Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. Gen Hosp Psychiatry, 25.108-14,2003.

146. Office for Prevantion and Health Services Assessment: Primary Behavioral Health Care Services Practice Manual, Version 2. USAF Medical Operations Agency, 2002.

147. Agency for Health Care Polcy and Reserch: AHCPR Clinical Practice Guideline, Number 5.U.S Department of Healt Services Public Health Services. AHCPR publication No: 93-0550, 1993.

148. Savrun, B. M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, Somatizasyon ve

Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 11-17;1999.

149. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabı 3. baskı. Evrim Basım–Yayım–Dağıtım, p: 38–41 İstanbul1990.

150. Tamar M, Özbaran B Çocuk ve ergenlerde depresyon. Klinik Psikiyatri; Ek 2: 84–92. 2004.

151. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M ve ark. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri 7: 103-110, 2004.

152. Fidan er H Depresyon hakkında sık sorulan sorular ve yanıtları. Psikiyatri Dünyası 72-75,1998.

153. Bostancı M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK et al. Depressi ve symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. Croatian Medical Journal 46(1): 96-100, 2005.

154. Ertem Ü, Yazıcı S Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon. Aile ve Toplum 3(9): 7-12, 2004.

155. Doğan O Depresyonun epidemiyolojisi. Duygu durum Dizisi 1.29-38; 2000.

156. Ünal S, Küey L, Güleç C ve ark. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri 5: 8-15; 2002.

157. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M et al. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. American Journal of Preventive Medicine 30(1): 59-66; 2006.

158. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA Synopsis of Psychiatry. 7. Baskı, Mass Publishing Co, Giza. 1995.

159. Stres ve depresyon. Psikiyatri Dünyası 4: 12-17. Tuğrul CD 2000.

160. Kaya M,Genç M,Kaya B, Pehlivan E Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. Türk Psikiyatri

Dergisi; 18: 137-146, 2007.

161. Özdel L, Bostancı M, Ozdel O, Oğuzhan oğlu NK Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyo demografik özellikleri ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 3: s:155, 2002.

162. Özfırat Ö, Erkan P, Özdemir Filiz Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler, 2009.

163. Ceylan A. Özen Ş. Palancı Y ve ark. Lise Son Sınıflarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Zararlı Alışkanlıklar: Mardin Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi;4(3):144-50, 2003.

164. Hess SG. Ceox TS, Gonzales LC. A Survey of Adolescent. Knowledge About Depression. Archives of Psychiatric Nursing December 18(6):228-34, 2004.

165. Kirli S. Depresyonun Biyolojik Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi. F. Özsan Matbaacılık, Bursa,2000.

166. Ergene T, Yıldırım İ. Üniversite adaylarının depresyon düzeyleri. Psikiyatri Psikoloji ve Psiko-farmakoloji Dergisi 12 (2): 91–100; 2004.

167. GÜNAY Osman, ÖNCEL Ümit Niyazi, ERDOĞAN Üzeyir, Lise son sınıf öğrencilerinde durumluk ve sürekli Anksiyete düzeyini etkileyen faktörler, 2008.

168. Hocoğlu Ç, Tanrıöver Kandil S, Bilici M. Çıracılık eğitim merkezi öğrencileri ile orta öğrenim öğrencilerinin ruhsal durumları üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. İbni Sina Tıp Dergisi 6: 161–169; 2001.

169. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi 11(1):3-16. 2000.

170. Özen Ş, Antar S, Özbulut Ö, Altındağ A, Oto R: İç göç yaşayan bir grup lise öğrencisinde ruhsal belirti şiddetinin cinsiyet ile ilişkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 8: 156-162. 2001.

171. Altıntaş H, Güner P, Akkuş S, Çak T, Düzen V ve ark. İncirli Lisesi Süper Lise bölümü üçüncü sınıf öğrencilerinde Beck depresyon envanteri ile depresyon taraması. 8. Halk Sağlığı

Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri Kitabı, Sivas, s.43; 2003.

172. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA 2001; 286:3089-3096.

174. Lung A.Y. "Parent-adolescent conflict and resolution in Chinese American and Caucasian Families 2000.

175. Çopur, Z. Şafak, Ş. "Ailede Sağlıklı İlişkilerin Kurulmasında İletişimin Rolü". Ev Ekonomisi Dergisi 6: 7: 40-43, 2000.

176. Zülğani Kaya, Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Meslek Seçiminde Sosyo-Ekonomik Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.31. İstanbul-1988.

177. S.Türkleş, Rabia hacı hasan oğlu, lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi; 11,2 2008.

178. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,6. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.

179. Aydın G. Demir A. ODTÜ öğrencilerinde depresif belirtilerin yaygınlığı. İnsan Bilimleri Dergisi 1989; 8: 27-40.

180. Savrun B. M, Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 11-17. 2-3 Aralık 1999.

181. Gelernter CS, Uhde IW, Cimboic Petal, Cognitive-behavioral pharmacological treatmentis of social phobia: A controlled study. Arch Gen Psychiatry 48: 938-991.

182. Heimberg R.G, Stein, M.B, Hiripi E. & Kessler R.C. Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. European Psychiatry, 15, 29-37,2000.

183. Holt C.S, Heimberg R.G,Hope D.A & Leibowitz, M.R. Situational domains of social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 6, 63-77,1992.

- 184.** Küey L, Üstün TB, Güleç C: Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 44. 12-16,6. 1987.
- 185.** Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı, Ankara, 2001.